

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

Université d'Auvergne- Faculté de médecine

**PARLER DE SEXUALITE
PENDANT LA GROSSESSE**

Enquête auprès de 174 accouchées du CHU Estaing de Clermont-Ferrand

Mémoire présenté et soutenu par

JARLIER Camille

Née le 13 mars 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

Université d'Auvergne- Faculté de médecine

**PARLER DE SEXUALITE
PENDANT LA GROSSESSE**

Enquête auprès de 174 accouchées du CHU Estaing de Clermont-Ferrand

Mémoire présenté et soutenu par

JARLIER Camille

Née le 13 mars 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

Au travers de ces quelques lignes je tiens à remercier :

Nathalie COMBARET, ma directrice de mémoire pour ses conseils et son aide précieuse.

Auréli MEJEAN-LAPAIRE et **Delphine POUMEYROL**, mes sages-femmes enseignantes pour leur implication et leurs conseils éclairés tout au long de l'élaboration de ce mémoire, ainsi que leurs relectures.

Les copines pour ces quatre belles années passées avec elles et toutes nos aventures...

Ma famille et mes amies qui me supportent, pour leur encouragement et leur soutien en particulier pendant cette dernière année.

Un grand merci à Cédric pour être là et toujours m'encourager...

INTRODUCTION.....	6
REVUE DE LA LITTERATURE	
I. Généralités sur la sexualité	8
1. Définition	8
2. La notion de désir.....	9
3. La notion de plaisir.....	10
4. La notion de séduction	10
5. L'importance des sens.....	11
6. La physiologie du rapport sexuel	11
7. Les autres facteurs influençant la sexualité.....	14
II. Période de grossesse.....	15
1. Les modifications liées à la grossesse	15
2. La physiologie du rapport sexuel chez la femme enceinte	20
3. La notion des différents trimestres	20
4. Les pathologies de la grossesse.....	22
III. Evolution de la sexualité	23
1. Survol historique	23
2. Médiatisation de la sexualité	26
MATERIEL ET METHODE	
I. Le type d'étude.....	29
II. Matériel	29
III. Méthode.....	30
IV. Analyse statistique	31
RESULTATS	
I. Caractéristiques de la population	33
II. Généralités relatives à la grossesse	37
III. La grossesse et la sexualité	42
IV. Avis des femmes sur le fait de parler de sexualité.....	52
DISCUSSION	
I. Les forces et les faiblesses de l'étude	57
II. Les données générales.....	58
III. Généralités relatives à la grossesse	60
IV. La grossesse et la sexualité	63
V. Avis des femmes sur le fait de parler de sexualité.....	71
VI. Projet d'action	74
CONCLUSION.....	77
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	79
ANNEXES	

INTRODUCTION

A l'époque actuelle, la sexualité est un sujet en constante évolution. Longtemps utilisée qu'à visée procréative, elle est devenue une source de plaisir et d'épanouissement. Par ailleurs la sexualité a une influence sur le bien-être de la femme, elle occupe une place aussi importante au sein d'un couple que pour une grossesse. Les sages-femmes ont donc un rôle important à jouer dans le domaine de la sexualité pendant la grossesse.

Plusieurs études ont été réalisées sur le sujet, dont celle de Masters et Johnson qui furent les premiers à analyser la sexualité des couples.

Les nombreux contacts avec les couples m'ont permis de prendre conscience que le sujet de la sexualité était peu abordé pendant la grossesse. De plus, lors de mes stages j'ai eu l'occasion de parler de ce sujet délicat à des couples, en compagnie de sages-femmes. J'ai ainsi pu constater que beaucoup étaient étonnés lorsqu'on leur disait par exemple qu'il était possible d'avoir des rapports tout au long de la grossesse. Cet exemple, pris parmi d'autres, nous montre bien qu'il existe encore dans notre société de nombreuses idées fausses.

Souhaitant approfondir cette thématique, nous nous sommes donc intéressés à la sexualité des femmes, et plus particulièrement sur le fait de parler de ce sujet intime pendant la grossesse.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer, à l'aide d'un questionnaire, si les femmes trouvaient important d'aborder le thème de la sexualité pendant la grossesse.

Dans cette même étude, nous voulions savoir pour les femmes ayant reçu une information si celle-ci correspondait à leurs attentes. De plus, il nous a semblé judicieux de répertorier les différentes modalités d'informations utilisées par les femmes pendant la grossesse. Enfin, le moment, le thème, l'initiative de qui devrait se faire une information sur la sexualité ont été déterminés.

Pour mieux appréhender ce travail, il est question dans un premier temps de généralités concernant la sexualité. Puis nous nous sommes intéressés à la période spécifique de la grossesse. Enfin, l'évolution de la sexualité depuis l'Antiquité a été expliquée. Dans un second temps, nous passons à l'étude proprement dite. De ses résultats découlent une discussion qui nous amène à proposer un projet d'action qui pourrait être bénéfique aux futurs parents.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. Généralités sur la sexualité

1. Définition

Une définition stricte de la sexualité est difficile à donner. La sexualité étant multidimensionnelle ; elle exige la prise en compte, pour son analyse, de différents points de vue se rattachant à diverses disciplines.

Toutefois on peut trouver une définition claire : la sexualité correspond à l'« *ensemble des phénomènes apparentés à la vie sexuelle* » [1]. Ainsi la sexualité « *intéresse aussi bien le corps (ensemble des organes et des caractères liés à la fonction sexuelle) que l'esprit (érotisme, sensualité, sentiment amoureux)* » [1]. Elle constitue donc un facteur nécessaire à l'épanouissement de chaque individu. De nombreux facteurs entrent en jeu dans la constitution d'une sexualité harmonieuse [1]. La sexualité est présente en permanence dans une dimension intellectuelle, affective, physique, physiologique, spirituelle, politique, économique ou bien encore philosophique. Ainsi, peut-on dire que la tête, le cœur et le sexe sont inséparables [2].

Bien que plusieurs auteurs aient proposé des définitions de la sexualité, elles peuvent se révéler trop larges ou trop restrictives. En 2004 Hyde et ses collaborateurs « *introduisent le critère de l'excitation sexuelle, en faisant référence à tout comportement provoquant une excitation et augmentant les chances d'atteindre l'orgasme* » [3]. La sexualité peut être vue aussi comme une concordance entre le mental et le physiologique : cela se résumerait alors à toute activité qui est sexuellement excitante sur le plan subjectif (pensées, sensations de plaisir) et physiologique (lubrification, érection) [3].

En 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la sexualité : « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels et sociaux de l'être humain sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour » [4].

La sexualité est vue comme un registre pour se dire et s'édifier. Un rapport sexuel peut donc être défini comme une communication, une expression de la personne. C'est un langage qui a les mêmes qualités et objectifs qu'un dialogue. C'est un dialogue charnel qui a la vocation d'aboutir à l'orgasme quelque soit le moyen même si d'une manière globale pour la plupart des gens la sexualité se résume souvent à un rapport sexuel avec pénétration [4, 5].

A l'âge adulte, l'expression de la sexualité varie. Chaque homme, chaque femme a une histoire sexuelle qui s'inscrit dans leur propre devenir [4].

2. La notion de désir

La sexualité chez l'homme ne peut être abordée sans évoquer la notion de désir car il a un rôle central dans l'organisation de la vie sexuelle. Le désir, appelé encore libido, pulsion ou appétit sexuel, correspond à la capacité de se projeter dans une relation sexuelle. Cela peut être représenté comme l'ensemble des forces qui poussent un individu vers un comportement sexuel. Le désir prend en compte des dimensions psychologiques, biologiques et interpersonnelles. Le désir prend sa source autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de chaque personne [2,3].

Le désir, à la base de toute la sexualité, présente trois composantes :

- La composante psychologique : déterminée par l'éducation, la culture, la personnalité, le contexte, la capacité fantasmatique,...
- La composante biologique : déterminée par l'influence des hormones. Le désir démarre dans une zone du cerveau très hormono-dépendante. Les hormones, contribuant à l'intérêt sexuel, sont chez l'homme la testostérone et chez la femme les androgènes.
- La composante interpersonnelle : elle est déterminée par l'entente des partenaires, l'état du couple,... [6, 7]

Le schéma 1 en annexe représente et résume les différentes variables qui peuvent influencer sur le désir sexuel [3].

Le désir sexuel peut être vu comme constant, étendu, investi. Il est assimilé à une pulsion. On peut également dire que le désir veut le plaisir [8].

3. La notion de plaisir

Le plaisir est défini comme une sensation ou une émotion agréable liée à la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, à l'exercice harmonieux des activités vitales. C'est un concept obscur, conçu à la fois comme état et acte. C'est un affect qui ne peut être dissocié du comportement qui lui a donné naissance. On peut dire que le désir correspond à la recherche du plaisir [9].

4. La notion de séduction

On ne peut pas parler de sexualité sans évoquer cette notion. La séduction est une force qui nous pousse vers l'autre et qui se traduit sous forme d'un langage. Elle constitue une part de nous-mêmes, notre identité. Cette notion est liée aux cultures, aux civilisations qui lui donnent un sens et définissent sa façon de fonctionner. En revanche, ce n'est ni un savoir-vivre, ni un savoir-faire. On ne peut pas trouver de mode d'emploi même si son apprentissage peut s'appuyer sur des codes et des rituels.

La séduction porte la même ambiguïté et dualité que la sexualité. Comme la sexualité, elle est à la fois ce qui sépare les hommes et les femmes et ce qui permet de se rencontrer. Elle est à la base des fondements de la relation intime.

La séduction n'est pas seulement un sentiment d'identité mais aussi la conscience de soi et la confiance en soi ; ces deux aspects étant élaborés à partir de l'image de soi. La vision que l'on a de nous-mêmes permet d'aller vers l'autre, de répondre à son invitation et d'ouvrir ainsi le champ de l'action sexuelle.

La séduction est donc le fondement de la rencontre amoureuse, elle lui ouvre ses portes, bien que la séduction mette un accent sur la complexité des relations humaines [10].

5. L'importance des sens

Les sens permettent le lien entre les différentes parties du corps sexuel. Ils permettent de repérer les informations perçues comme source de plaisir et de déplaisir. Ils permettent de se rapprocher du corps de l'autre et d'entrer en relation. Les messages ainsi perçus participent à la qualité de la vie sexuelle [3].

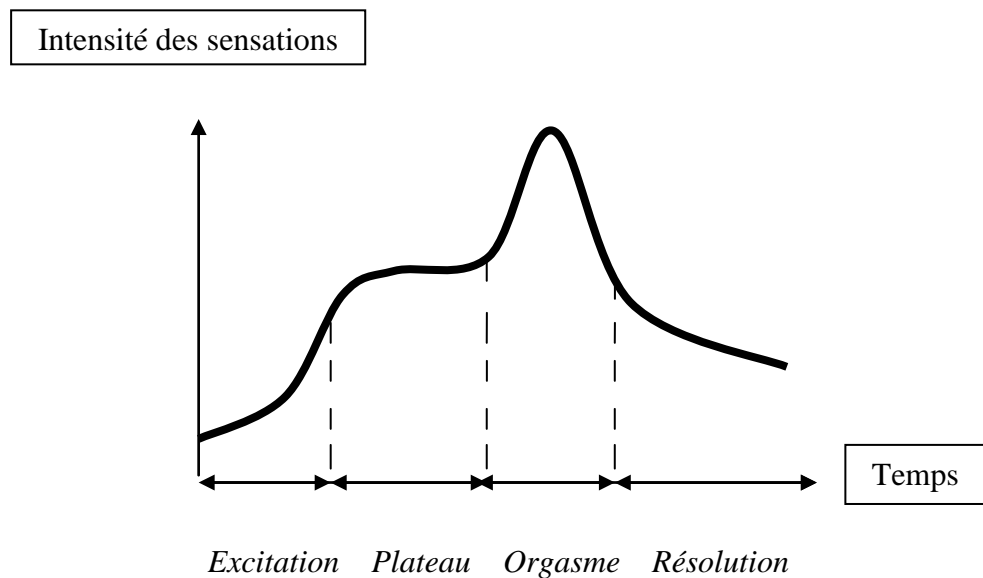
La sexualité est un langage multi sensoriel, qui fait appel aux cinq sens. Chacun intervient à des stades différents [4].

- A distance éloignée : la vue est le premier sens intervenant dans l'excitation sexuelle. Elle permet de découvrir les formes, les couleurs et les regards.
- A distance moyenne : la vue et l'ouïe. L'ouïe permet un contact à distance. Dans les étreintes amoureuses, les expressions auditives, si importantes, sont rendues possibles grâce à ce sens.
- A distance proche : le toucher et l'odorat. Le toucher est plus intime que la vue car nécessite un rapprochement physique. Il communique les désirs les plus intérieurs en les traduisant sur le corps de l'autre. L'odorat a un rôle plus subtil. Les odeurs personnelles peuvent être de puissantes initiatrices d'intimité.
- A distance intime : le goût, le toucher et l'odorat. Bien que la bouche participe activement dans les activités sexuelles, le goût a un rôle plus effacé que les autres sens [3].

La sexualité ne se limite donc pas qu'aux organes sexuels. L'ensemble des sens permet la découverte d'autres zones érogènes rentrant en jeu dans la vie sexuelle de chacun.

6. La physiologie du rapport sexuel

Le rapport sexuel a été décrit par le gynécologue William Masters et la psychologue Virginia Johnson en 1966. Ils ont défini quatre phases successives. Nous allons nous intéresser aux phénomènes se produisant chez les femmes [1, 11].



Cycle des réactions sexuelles chez la femme [11]

a. L'excitation

Cette phase est produite par n'importe quelle source de stimulation physique ou psychique, découlant du désir. C'est à partir de cette étape que peut se développer l'ensemble du cycle de réponse sexuelle.

L'excitation périphérique : elle se traduit par une augmentation du volume des seins ainsi qu'une érection des mamelons.

L'excitation génitale : les grandes lèvres s'aplatissent contre le périnée alors que les petites lèvres augmentent de volume, tout comme le clitoris. Se produit le début de la lubrification vaginale, une dilatation du canal vaginal et une élévation de l'utérus. Quelquefois des rougeurs peuvent apparaître sur le corps. La fin de cette phase peut être marquée par des myotonies plus ou moins régulières. En effet les muscles peuvent de contracter de façon volontaire ou involontaire.

C'est la phase la plus longue de l'acte sexuel avec la phase de résolution. Elle peut durer quelques heures.

b. Le plateau

Il se produit une intensification des tensions sexuelles permettant d'atteindre l'orgasme.

Il y a changement de la couleur rouge vif à rouge sombre des petites lèvres. La tumescence du clitoris entraîne une dilatation des corps caverneux puis une ascension du gland et une rétraction sous le capuchon. La lubrification vaginale atteint son maximum, tout comme l'augmentation de la taille du vagin. Le canal vaginal interne se dilate, formant une sorte de cupule pour accueillir le futur sperme. Inversement, le tiers externe du vagin se contracte et forme ainsi une zone rétrécie, la plate-forme orgasmique (c'est une zone vaso-congestive ou s'exprime physiologiquement l'expérience orgasmique du vagin). L'élévation de l'utérus est maximale.

Parallèlement, une élévation du rythme cardiaque, de la pression sanguine et de la fréquence respiratoire se produisent à la fin de cette phase.

c. L'orgasme

Il se produit lorsqu'il y a un relâchement de la vasoconstriction et de la myotonie issue de l'excitation sexuelle. Il peut être vaginal et/ou clitoridien. Il est décrit qu'il existe une similitude entre les deux.

La sensation voluptueuse de l'orgasme commence par des contractions de la plate-forme orgasmique. Ces contractions sont régulières et se produisent à huit secondes d'intervalle. Il y en a minimum trois et maximum quinze. Leur intensité diminue progressivement.

Le corps utérin se contracte également pendant cette phase.

d. La résolution

C'est une période de diminution des tensions. L'orgasme permet la décongestion du pelvis. Il y a un retour à la non-excitation. Cependant, si une stimulation est renouvelée, la femme peut atteindre une nouvelle expérience orgasmique.

C'est pendant cette phase que les organes sexuels retrouvent leur taille et place initiale. Les rougeurs sexuelles disparaissent et il peut se produire un phénomène de transpiration involontaire.

7. Les autres facteurs influençant la sexualité

La sexualité est une entité complexe mettant en jeu différents facteurs. Comme nous l'avons vu, elle découle de facteurs personnels intimes comme le désir, le plaisir ou encore la séduction mais des facteurs plus généraux ont un retentissement sur la sexualité.

Ainsi l'âge, la profession, le statut hormonal, la parité, l'état articulaire pelvien et dorsolombaire et l'état ostéo-ligamentaire entrent-ils en compte dans la sexualité de chacun [12].

La pratique d'une religion est également un facteur à prendre en compte car elle peut influencer sur la sexualité. Différentes cultures et religions sont très présentes dans notre société, du fait d'importants flux migratoires suite à la révolution sexuelle (début du XIX^{ème} siècle). Actuellement, l'immigration contribue encore au regroupement d'hommes et femmes de confessions religieuses différentes. Les religions judéo-chrétiennes admettent généralement les pratiques sexuelles uniquement lors d'une relation maritale et à des fins reproductives. De même, les femmes musulmanes doivent être vierges avant le mariage

Il faut aussi parler des facteurs psychiques, physiques, environnementaux et socio-économiques [13]. Ainsi, peut-on dire que l'activité sexuelle varie d'une personne à l'autre et varie également au cours de la vie. L'attitude du partenaire a également une action sur la sexualité.

II. Période de grossesse

1. Les modifications liées à la grossesse

La grossesse est une période de vulnérabilité physique et psychique. Les réactions physiologiques peuvent être ralenties en intensité comme en durée mais il existe une grande variabilité interpersonnelle [4].

a. Les modifications physiques

Seules les modifications pouvant avoir un lien avec la sexualité seront abordées.

L'utérus est l'organe principal puisque c'est celui où siège la grossesse. Il augmente de volume au fur et à mesure de la grossesse. La masse musculaire devient 30 fois plus lourde (de 50 à plus de 1000 grammes), la cellule musculaire s'allonge et s'élargit. De position pelvienne jusqu'à deux mois, il passe ensuite en position abdominale. Les autres organes abdominaux sont comprimés, voire déplacés [14].

Au niveau de la vulve, les lèvres augmentent de volume et la pigmentation s'accroît.

Les parois vaginales deviennent plus souples et la lubrification vaginale s'accroît [6].

Le périnée devient plus souple [6].

Les seins augmentent de volume rapidement dès le premier trimestre. En effet, il se produit une augmentation des réseaux vasculaires et glandulaires. S'installe également une hypersensibilité des seins [15].

La peau est sous l'influence des modifications endocriniennes de la grossesse. La pigmentation de la peau est donc accentuée par l'augmentation de l'hormone mélanotrope. Cela se remarque surtout au niveau du mamelon, de l'aréole, dans la région vulvaire et péri-anale, mais également sur la ligne médiane en dessous de l'ombilic. Au niveau du visage on parle de masque de grossesse ou chloasma. C'est une hyperpigmentation symétrique sur le front, les tempes et les pommettes, qui apparaît à

partir du 3^{ème} mois et s'estompe après l'accouchement. L'exposition au soleil aggrave ce phénomène, c'est ce qu'on appelle la photosensibilisation pendant la grossesse.

Des vergetures (déchirures du tissu sous cutané favorisées par le relâchement du tissu conjonctif et l'augmentation de la tension de la peau) peuvent apparaître de façon définitive et brutale entre le 6^{ème} et le 8^{ème} mois de grossesse.

Les nævi peuvent se modifier en couleur comme en taille, voire apparaître.

La prise de poids modifie l'image corporelle de la femme et provoque des sensations de pesanteur [16].

b. Les modifications psychologiques

La grossesse est une période de changements et bouleversements psychiques. Elle peut être vue comme une atteinte à la liberté du moi, un surgissement d'un phénomène qui se passe en soi et qui se met à envahir et habiter le corps et l'esprit [8]. Certains spécialistes décrivent la grossesse comme une période de crise développementale amplifiée par des désordres psychiques ou personnels non résolus antérieurement. L'existence d'une pathologie organique ou d'un dysfonctionnement du couple peuvent aussi influencer l'état psychologique de la femme enceinte [17].

La femme est alors envahie par plusieurs sentiments.

Dès le début de la grossesse l'**angoisse** est présente. La femme peut avoir certaines craintes et appréhensions concernant le déroulement de la grossesse. Cela se voit surtout chez les primipares pour qui la grossesse est une source d'inconnu. La **culpabilisation** peut être présente dans cette période pour les femmes qui ne s'aperçoivent pas de leur état de grossesse ou celles pour qui la grossesse n'était pas désirée. Une certaine **ambiguïté** peut apparaître. Les seins augmentent de volume, rendant la femme plus féminine mais la grossesse stoppe les règles, faisant diminuer cette féminité pour certaines [6].

Du 3^{ème} au 8^{ème} mois, la femme prend **conscience de la vie qui est en elle**, grâce notamment aux mouvements actifs fœtaux, aux échographies et aux modifications physiques dues à la grossesse. La femme doit s'adapter à la nouvelle relation qu'elle a avec son enfant, encore imaginaire. L'**adaptation aux autres** peut être vécue comme difficile. L'annonce de la grossesse n'est pas toujours évidente, ni le regard de

l'entourage sur son état de grossesse. De plus, en dehors des changements internes, des problèmes relationnels peuvent survenir dans la couple, la famille ou le cercle d'amis.

La fin de la grossesse est marquée par l'**angoisse**. Elle atteint son maximum. Chez les primipares principalement, il y a la peur de l'accouchement, la peur de devenir mère ou encore la peur de découvrir l'enfant réel. Un **conflit intérieur** peut apparaître car lors de l'accouchement il y a perte du statut privilégié de la grossesse. De plus, la femme se voit partagée entre donner la vie ou garder pour soi l'enfant qu'elle a porté neuf mois.

L'adaptation aux événements de la grossesse se fait grâce à deux mécanismes :

- La régression : la femme devient dépendante de son entourage, du corps médical ; mais ce phénomène est nécessaire pour l'acceptation de son état de grossesse. Rassurée et entourée, les modifications sont mieux vécues.
- L'introversion : la femme se replie sur elle-même et réclame des droits, des privilèges [6].

Les facteurs psychologiques varient d'une femme à une autre mais il existe une influence de ces facteurs sur la sexualité des femmes.

c. Les modifications physiologiques

La grossesse s'accompagne de modifications importantes, portant sur les métabolismes permettant la croissance de l'unité foetoplacentaire tout au long de la grossesse. Ces modifications apparaissent précocement, anticipant donc sur les besoins du fœtus.

➤ Les modifications cardio-vasculaires

-Le débit cardiaque augmente d'environ 50% avec un débit moyen jusqu'au terme à 6 L/min. Cette augmentation permet l'augmentation du débit utéro placentaire permettant la croissance du fœtus. Parallèlement, il y a une élévation de la fréquence cardiaque.

-Le volume sanguin augmente de 40%, avec une augmentation du volume plasmatique et de la masse globulaire. Cela conduit à une rétention hydrique. L'augmentation du

volume globulaire étant inférieure à celle du volume plasmatique il existe une hémodilution conduisant à une anémie physiologique de la grossesse et une diminution de l'hématocrite.

Ces modifications permettent la compensation de la perte sanguine lors de l'accouchement.

-La compression de l'utérus gravide entraîne la dilatation des gros troncs veineux ainsi que la création de plexus veineux. La capacité veineuse est ainsi augmentée.

➤ *Les modifications hématologiques*

Il existe un déséquilibre entre le système de coagulation et la fibrinolyse, créant un état d'hypercoagulabilité. Cela permet de prévenir les risques hémorragiques.

➤ *Les modifications hormonales*

Au cours de la grossesse, la sécrétion des hormones augmente progressivement au fur et à mesure de la croissance du placenta. En effet, le placenta est responsable de la sécrétion des hormones stéroïdes (progestérone et œstrogène) ainsi que des hormones peptidiques (hormone chorionique gonadotrophique et hormone lactogène placentaire). L' HCG (hormone chorionique gonadotrophique) permet le maintien du corps jaune puis sa transformation en corps jaune gravidique sécrétant en quantité importante les stéroïdes.

L'HPL (hormone lactogène placentaire) a trois effets principaux : lutéotrophique, lactogénique et mammothrophique. De plus, elle inhibe l'effet de la prolactine, empêchant ainsi la formation de lait.

La progestérone produite par le biais du cholestérol maternel a un rôle dans le maintien de la grossesse.

L'œstrogène permet de préparer la glande mammaire à la lactation.

➤ *Les modifications respiratoires*

L'adaptation se fait grâce à l'augmentation du volume respiratoire ainsi que l'augmentation de la fréquence respiratoire. Les femmes enceintes ont tendance à l'hyperventilation et à la dyspnée. De plus, au cours du troisième trimestre, le fond utérin fait pression sur le diaphragme pouvant ainsi gêner la respiration.

➤ *Les modifications digestives*

Sous l'effet des hormones, il y a une diminution de la motilité de la vidange gastrique provoquant nausées et vomissements. Les femmes peuvent aussi souffrir d'une hypersialorrhée, responsable parfois d'une gêne. Le péristaltisme intestinal est diminué. Surtout en fin de grossesse, il peut y avoir un pyrosis. L'hypotonie du cardia ainsi que la pression de l'abdomen sur l'estomac sont responsables de cette remontée acide. De plus, la progestérone provoque une diminution de la tonicité intestinale (diminution du tonus sphinctérien et diminution de la motilité du grêle) donc il n'est pas rare que les femmes enceintes souffrent de constipation, ou que leur transit soit ralenti. S'ajoute à cela la possibilité d'apparition d'hémorroïdes (pression de l'utérus et relâchement des tissus conjonctifs provoqués par la progestérone).

➤ *Les modifications urinaires*

Au fur et à mesure de la grossesse, l'utérus comprime la vessie, provoquant pollakiurie (miction excessive en petite quantité), compression urétérale et diminution de la capacité vésicale. En fin de grossesse, il peut y avoir des fuites urinaires. La progestérone provoque une atonie. Il en résulte une dilatation des uretères et des cavités rénales favorisant la stase urinaire. C'est pour cette raison que les femmes enceintes sont plus sujettes à faire des infections urinaires.

➤ *Les modifications veineuses*

Il existe une augmentation de la pression dans le secteur veineux de la partie inférieure du corps. Le retour veineux est gêné par compression cave. A cela s'ajoute l'imprégnation hormonale : un relâchement veineux associé à un élargissement du lit vasculaire provoque une hyperpression de la pression veineuse du secteur cave inférieur. Les femmes enceintes ont donc plus de pathologies veineuses des membres inférieurs en deuxième partie de grossesse et des œdèmes [14, 18, 19].

2. La physiologie du rapport sexuel chez la femme enceinte

Les travaux de Masters et Johnson parus en 1966 portent également sur la physiologie du rapport sexuel chez la femme enceinte. Voici ce qui change par rapport à l'état de non grossesse au cours des différentes phases [11].

L'excitation : La vaso-congestion physiologique des seins et des organes génitaux est accentuée pendant cette phase, créant plus de tension et pouvant être vécue comme désagréable, surtout au 1^{er} trimestre. Au niveau vulvaire, ce n'est qu'après le premier trimestre que ce produit l'aplatissement des grandes lèvres. L'imprégnation hormonale, consécutive d'une augmentation du taux d'œstrogènes, fait que la lubrification vaginale devient plus importante.

Le plateau : l'important engorgement vaginal dû à la grossesse provoque une diminution de 75% de l'orifice vaginal chez les nullipares et le canal vaginal paraît complètement obturé chez les multipares.

L'orgasme : au premier trimestre, il peut se produire une gêne au niveau de la ligne médiane pendant l'orgasme. Les contractions vaginales et utérines persistent. Au troisième trimestre, l'utérus étant plus irritable, cela peut provoquer des contractions après les rapports.

La résolution : cette phase diffère beaucoup chez la femme enceinte car le soulagement après l'orgasme est de moins en moins important au fur et à mesure que la grossesse avance. Le pelvis vaso-congestionné n'est pas complètement soulagé, ainsi les tensions sexuelles ne sont pas entièrement apaisées.

3. La notion des différents trimestres

La grossesse est une période de bouleversements aussi bien pour les femmes que pour les hommes, donc pour le couple. Il en résulte une certaine vulnérabilité pouvant remettre en cause des certitudes. Nous avons vu que les réactions génitales féminines sont modifiées pendant la grossesse. Des modifications sont également remarquables en

fonction des différents trimestres de la grossesse, avec toutefois une variation interpersonnelle et ethnologique. Il faut préciser que l'effet de la grossesse sur la sexualité est fonction des conditions préexistantes à la grossesse [3].

Lors du premier trimestre, la femme enceinte doit s'adapter aux différents changements physiques et psychiques. Les petits maux tels que les nausées, les vomissements, l'asthénie, les insomnies ou encore les tensions mammaires peuvent entraîner une diminution du désir sexuel et ainsi entraîner une diminution des rapports sexuels. La maternité renvoie vers son histoire personnelle et sa propre enfance. La future mère recherche un besoin de protection auprès de son mari, ou de sa mère. C'est la manifestation d'un besoin d'amour qui peut altérer la libido et donc diminuer la séduction. Cette période marque l'atténuation des différences entre désir et satisfaction. Du plus, la femme a souvent l'esprit occupé car elle commence à investir sa grossesse et son bébé, l'intérêt pour la sexualité est moindre.

A contrario pour certaines femmes, la fierté d'être enceinte et la disparition de la crainte de concevoir leur procurent une hausse d'appétit sexuel.

Il faut souligner également que la sexualité peut être modifiée suivant s'il s'agit d'une grossesse désirée ou non, ou encore s'il y a eu assistance médicale à la procréation ou des antécédents de fausse couche.

Lors du deuxième trimestre, la femme s'est adaptée aux différents changements et certains maux ont disparu. La femme a intégré son nouvel état de grossesse. L'intérêt sexuel est donc ranimé et il y a un recentrage sur le couple qui vit et assimile mieux leur sexualité. Les craintes disparaissent (le risque de fausse couche peut être écarté et les angoisses de l'accouchement pouvant générer des inquiétudes sont encore loin dans leur esprit) et c'est une période d'épanouissement sexuel. La femme se met à aimer ce nouveau corps. Tout cela renforce la sécurité affective, élément fondamentale du désir féminin.

Lors du troisième trimestre, il se produit une baisse du désir et des rapports sexuels. Plusieurs paramètres rentrent en compte chez la femme: la modification de l'image corporelle (avec par exemple la prise de poids ou l'apparition de vergetures

dans certains cas), l'augmentation du volume de l'abdomen, l'asthénie, les douleurs ligamentaires, les tensions pelviennes, ou encore l'irritabilité. La femme recherche souvent une attention non-sexuelle. L'homme doit également s'adapter. La peur de faire mal au bébé ou encore la baisse de la libido (en rapport avec les modifications de l'image du corps de leur femme) peuvent être source d'un manque d'intérêt et d'une diminution des rapports sexuels.

La sexualité se voit modifiée également par un réajustement sexuel. En effet, l'accroissement du volume utérin provoque des inconforts, notamment en position allongée. De plus, il est important que le partenaire ne laisse pas reposer tout son poids sur l'utérus et qu'il n'y ait pas une pénétration trop profonde. Les positions avec le partenaire derrière peuvent être plus utilisées [20].

Les caresses érotiques ainsi que la masturbation peuvent être développées par les couples comme alternatives.

A la fin du troisième trimestre, la sexualité repose sur un mode plus doux. Pourtant, les relations sexuelles avec pénétration et la stimulation des seins peuvent préparer ou même provoquer l'accouchement. Cela s'explique par la libération d'ocytocine suite à l'excitation et à la présence de prostaglandines dans le sperme.

La grossesse favorise la découverte de nouvelles pratiques, faisant appel à la créativité sexuelle du couple [4, 7,11].

4. Les pathologies de la grossesse

Nous avons vu que les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse. C'est au couple de s'adapter à ses envies, ses besoins et ses possibilités. Par ailleurs, il existe cependant des situations où le corps médical prescrira une abstinence sexuelle (pas de pénétration), en cas de :

- ✓ menace d'accouchement prématuré ou de fausse couche spontanée
- ✓ rupture prématurée des membranes
- ✓ placenta prævia

III. Evolution de la sexualité

Nos attitudes concernant la sexualité reposent sur des croyances profondément ancrées dans notre passé. La perspective de l'histoire offre la possibilité d'appréhender la nature, l'origine, et la persistance des représentations qui ont façonné notre morale sexuelle.

1. Survol historique

a. L'Antiquité (<500 ans)

L'Antiquité est une période marquée par la culture gréco-romaine. Durant cette période, la descendance préoccupe toutes les sociétés et fait partie des devoirs du citoyen. La femme est vue uniquement comme le champ où se développe la semence déposée par l'homme et c'est seul que le père engendre l'enfant.

De nombreuses suppositions ont été faites en rapport avec la sexualité. Chez les romains, une loi exige du citoyen qu'il fasse trois enfants. Les riches romains castraient leurs plus beaux esclaves pour qu'il n'y ait pas de grossesse non désirée. En effet, la notion de fidélité n'existe pas, les époux, aussi bien les hommes que les femmes peuvent user sexuellement d'esclaves. Ainsi, ils ne sont pas liés sexuellement par le mariage. Chez les grecs, une loi exige du mari qu'il eut des rapports trois fois par mois avec sa femme. Le rapport sexuel est à l'origine d'accouchement prématuré pour Hippocrate alors qu'Aristote décrit l'activité sexuelle comme dangereuse jusqu'au 8^{ème} mois puis bénéfique pour l'accouchement puisque cela interviendrait dans le déclenchement du travail ainsi que dans la lubrification des voies génitales pour le passage de l'enfant dans la filière génitale. Soranos, qui est le fondateur de la gynécologie et de l'obstétrique, dit qu'il faut éviter les rapports sexuels pendant la grossesse car il y aurait un risque d'avortement.

Les artistes et peintres illustraient la sexualité en réponse aux souhaits du pouvoir établi. La mise en images de la sexualité s'est donc faite très tôt, lorsque l'image elle-même a commencé [21]. C'est une période marquée par une grande liberté sexuelle et l'utilisation d'un vocabulaire riche pour décrire les activités sexuelles.

Lors des premiers siècles, l'Eglise chrétienne s'oppose aux grecs et romains car elle soumet la sexualité à l'unique fonction de reproduction en l'enfermant dans le mariage, ce qui favorise la répression sexuelle féminine. Ainsi, l'acte sexuel doit s'accomplir sans joie. Le plaisir sexuel est vu comme mauvais, et n'est toléré qu'en vue de la procréation au sein d'un mariage. Le début du christianisme impose une vision monastique de la sexualité [4, 22].

b. Le Moyen Age (500-1600 ans)

Entre le VII^{ème} et le X^{ème} siècle, sous les rois Francs, les nobles ont le droit d'épouser une femme noble et de vivre en concubinage avec des esclaves. Ce n'est qu'au XI^{ème} siècle que la polygamie disparaît officiellement et en 1439 seulement que le mariage devient un sacrement, dans le but de préserver le couple. Au XIII^{ème} siècle, de grands théologiens réhabilitent timidement le plaisir dans la cadre du mariage, en excusant les rapports non procréateurs, dans le but de rendre le mariage attrayant. Au XV^{ème} siècle, la prostitution est tolérée et officialisée.

c. Les temps modernes (1600-1900 ans)

Cette période est marquée par l'influence de la médecine du XVIII^{ème} au XIX^{ème} siècle (le sexe passe du statut de péché à celui de maladie) ainsi que par la loi sur le divorce par consentement mutuel en 1792 en France. Le devoir conjugal a perduré jusqu'à cette époque.

L'état intervient de plus en plus dans le contrôle des mœurs, ainsi les péchés contre nature (tels que la sodomie, l'inceste et l'adultère) deviennent des crimes. De plus, les prostituées auparavant protégées sont harcelées [4].

d. L'époque contemporaine (1900 à nos jours)

Le début de cette période est marqué par les travaux de Freud qui est considéré comme le premier sexologue. Il soutient que la sexualité est une force déterminante dans la personnalité et qu'elle est l'expression d'une pulsion humaine fondamentale et normale. Il met l'accent sur l'importance de la culture pour le développement de la

sexualité, mais également sur le fait que la sexualité prend des significations taboues et des normes culturelles [2].

Suite à la première guerre mondiale (1914-1918), se produit un repli sur les valeurs familiales ainsi qu'une valorisation de la femme, qui devient plus séduisante. La libération sexuelle est mise en veilleuse suite à la crise économique des années 30 ainsi que la deuxième guerre mondiale (1939-1945) [23].

L'invention des antibiotiques, au début des années 40, a permis la guérison des infections transmissibles sexuellement. Les rapports de Kinsey paru en 1948, puis en 1953 aux Etats-Unis, dévoilent l'expérience sexuelle des gens ordinaires et ont permis de découvrir les pratiques sexuelles dans une société où le sujet est méconnu et tabou. Cette révélation fût un coup dur pour les croyances aveugles de l'époque. Ce fût le premier travail sur l'évaluation de la sexualité. Il a permis le classement des comportements sexuels, les définissant comme le résultat d'une organisation biopsychologique et sociologique. Le champ de la recherche sur la sexualité est ouvert depuis cette époque et une certaine crédibilité est accordée à la sexualité [3].

En 1960, la commercialisation de la pilule contraceptive aux États-Unis puis le droit à l'avortement à partir des années 1970 a permis une remise en question des valeurs favorisant la spontanéité et la sécurité sur le plan sexuel. En effet, la loi Neuwirth de décembre 1957 légalise les méthodes contraceptives en France.

Pierre Simon qui était médecin et gynécologue fit des travaux considérables. Il propose en 1954 une abolition de la loi sur l'avortement de 1920. Il introduit le stérilet comme méthode contraceptive et il est le co-fondateur en 1956 du planning familial. Le 17 janvier 1975, la loi Veil dépénalise le recours pour les femmes à l'interruption volontaire de grossesse. Cette loi marque le couronnement des efforts de Pierre Simon. Pour la première fois, il y a une dissociation entre la sexualité reproduction et la sexualité plaisir. Le nombre de naissances illégitimes augmentent. L'avortement est dépénalisé [24]. C'est à partir de ces années que se développe l'éducation sexuelle, l'information sur la sexualité circule et bouleverse les mœurs. Les tabous reculent et il y a une certaine dépénalisation en matière de sexualité. L'éducation sexuelle en France fut instaurée par la circulaire du 26 juillet 1973 qui donne l'obligation aux établissements scolaires d'introduire l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie sexuelle humaine dans les cours de sciences naturelles [25]. Malgré quelques tabous qui

persistent, les sexologues se sont illustrés faisant des travaux considérables, et levant le silence autour du sujet.

La peur des maladies s'est accentuée à la découverte en 1983 du virus du VIH et l'apparition de l'herpès. A cette même époque, il y a une diffusion des données alarmantes sur les grossesses chez les adolescentes. La diffusion de toutes ces informations offre un sentiment d'anxiété et de peur, la sexualité pouvant entraîner la mort. Le retour aux valeurs familiales et du couple reprend toute sa place. Les scandales liés à la pédophilie dans les années 1990 ont propulsé la sexualité sur la place publique et soulevé inquiétudes et débats [4].

Après avoir vu au fil du temps l'évolution de la sexualité au sein des rapports homme/femme, voyons maintenant de quelle façon la sexualité est présente dans notre société.

2. Médiatisation de la sexualité

A notre époque, le sujet de la sexualité est souvent abordé, tout en restant un sujet intime, délicat et tabou.

Tout d'abord, les parents occupent une position unique pour prodiguer une éducation sexuelle, tant sur les aspects affectifs, relationnels et moraux. Bien évidemment cela reste fonction du climat général de communication qu'il y a dans la famille, et certains parents peuvent éprouver des difficultés à aborder ce sujet avec leurs enfants.

Bien que l'expérience personnelle joue un rôle majeur dans l'apprentissage, l'école a pour mission d'aborder ce thème (circulaire du 23 juillet 1973) et de préparer, en fonction du niveau des élèves, à vivre une sexualité responsable et épanouissante. Ainsi, les informations relevant de la biologie et de la prévention sont transmises aux élèves.

Les médias sont un moyen très facile d'accéder à l'information sur la sexualité car ils sont très accessibles. Le cinéma, la vidéo, internet, la télévision, les revues... représentent et abordent sans cesse la sexualité. Les images sexuelles peuvent être vues par tous publics. L'image de la sexualité n'est pas toujours représentative de la réalité ;

notamment pour les adolescents où la pornographie devient le reflet de la sexualité. Les panneaux publicitaires et les vitrines affichent la nudité sans complexe. L'information se trouve facilement avec ce genre d'outil et la fréquentation de ces moyens de communication indique que les hommes se préoccupent de leur sexualité. L'information sexuelle peut être mise en danger par ces moyens si accessibles. En effet, tout type d'information peut être trouvé, notamment via internet. La représentation de la sexualité n'est pas toujours correcte, surtout quand la pornographie devient l'image de la sexualité pour les adolescents. L'information sexuelle est cependant nécessaire pour l'intégration complète de la personnalité. Le droit à l'information sexuelle est reconnu mais n'importe qui ne souhaite pas, ne veut pas ou ne peut pas entendre et comprendre n'importe quelle information sur la sexualité. En effet, ce thème peut provoquer une certaine peur ou agressivité, correspondant à un mécanisme de défense. C'est pourquoi l'information doit être transmise de façon détendue, avec une certaine neutralité.

De nos jours, la sexualité hors du cadre amoureux choque de moins en moins et chacun assume publiquement son orientation sexuelle. Les comportements s'affichent de façon plus ouverte.

La sexualité occupe donc une place importante dans nos vies, bien qu'elle soit vue quelque fois comme un sujet encore tabou [3, 21].

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Le type d'étude

1. L'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale.

2. Les objectifs

L'objectif principal de notre étude était de déterminer si les femmes trouvent important d'aborder le thème de la sexualité pendant la grossesse.

Les objectifs secondaires étaient multiples. Dans un premier temps, nous voulions savoir pour les femmes ayant reçu une information si celle-ci correspondait à leurs attentes. Dans un deuxième temps, nous voulions répertorier les différentes modalités d'informations utilisées par les femmes pendant la grossesse. Et dans un troisième temps, il s'agissait d'évaluer à quel moment, sur quel thème, de l'initiative de qui devait se faire une information sur la sexualité.

II. Matériel

La population de l'étude était constituée de femmes ayant accouché à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Estaing de Clermont Ferrand. L'étude s'est faite dans une maternité de niveau 3 afin d'avoir une population variée, c'est-à-dire provenant de toutes les catégories sociales, tout en prenant en compte des grossesses physiologiques et des grossesses pathologiques.

Les femmes ayant accouché à terme (soit à un terme supérieur à 37 semaines d'aménorrhée) ont été interrogées.

Seules les femmes ne comprenant pas, ne lisant pas ou ne parlant pas le français ont été écartées de l'étude.

III. Méthode

1. Les critères de jugement

Le critère de jugement principal était le taux de femmes trouvant important de parler de sexualité pendant la grossesse.

Les critères de jugement secondaires étaient les suivants :

- Le taux de femmes satisfaites de l'information reçue au sujet de la sexualité pendant la grossesse.
- Le nombre de modalités d'informations utilisées pour s'informer sur le sujet de la sexualité.
- La préférence des femmes quant au moment, au thème et à l'initiative de qui l'information doit se faire.

2. Les outils

Notre étude a été réalisée par le biais de questionnaires distribués en suites de couches aux femmes respectant les critères précédemment définis.

Nous avons choisi cette méthode dans la mesure où les femmes en suites de couches séjournent assez longtemps. La grossesse vient juste de se terminer, c'est donc un moment idéal pour faire le point sur le ressenti de cette grossesse. Le questionnaire comprenait des questions fermées et ouvertes.

3. La réalisation de l'étude

Compte tenu du thème, il nous a semblé judicieux de distribuer le questionnaire en mains propres, afin de demander aux femmes si elles acceptaient de participer à ce travail de recherche, et pour éventuellement leur donner des informations supplémentaires sur celui-ci. La distribution s'est déroulée tous les trois-quatre jours afin d'avoir un maximum de cas sur notre période. Au total, 203 exemplaires ont été distribués.

Les femmes laissaient le questionnaire rempli au personnel de suites de couches qui pouvait alors le ranger dans des pochettes laissées à disposition. Au total, 174 exemplaires ont été retournés.

Le taux de réponse fut de 86%.

Sur l'ensemble de la distribution, une femme nous a demandé de remplir le questionnaire avec elle, de façon anonyme, sous forme d'un entretien.

La distribution a commencé le 22 novembre 2011 et les derniers questionnaires ont été récupérés le 6 janvier 2012.

IV. Analyse statistique

Les données ont été analysées grâce au logiciel informatique R 2.12.0.

Nous avons rejeté l'hypothèse d'indépendance pour chaque valeur de p inférieure à 0,05.

Nous avons utilisé le test du χ^2 pour comparer deux variables qualitatives et vérifier leur hypothèse d'indépendance. Lorsque les conditions d'application de ce test n'étaient pas respectées, le test de Fisher a été employé.

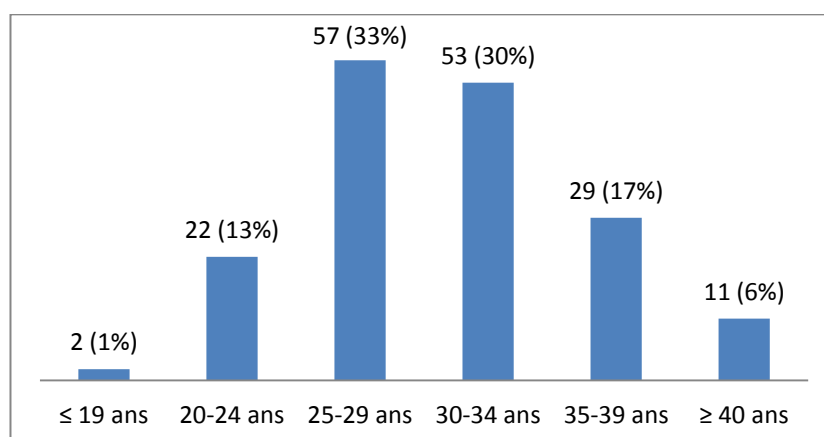
RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population

Pour tous nos histogrammes, les valeurs données représentent les effectifs.

1. L'âge

Figure 1 : Répartition de la population étudiée selon la classe d'âge (n=174)

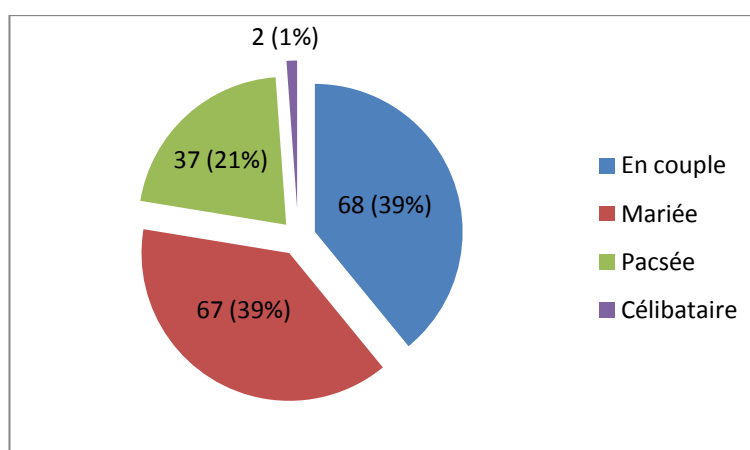


La moyenne d'âge est de **30.2** ans avec un écart type à la moyenne de 5,7.

Environ deux tiers de notre population est représenté par les **25-34 ans**.

2. La situation de famille

Figure 2 : Situation de famille (n=174)



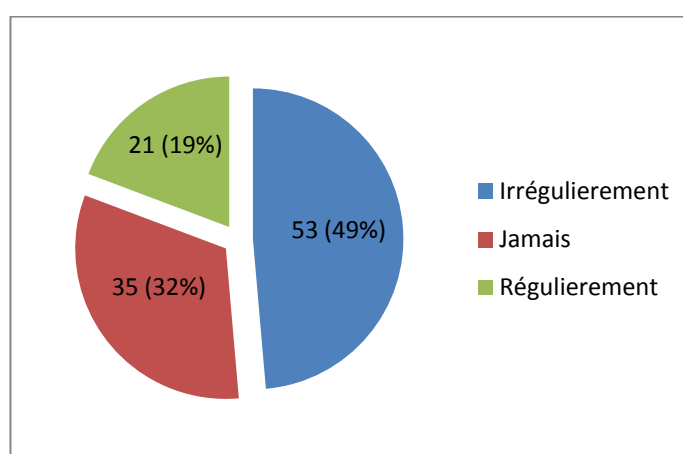
Au sein de notre population, il y a autant de femmes **mariées** que de femmes en **concubinage**. Un quart sont pacsées et 1% vivent seules (n=2).

3. La religion

Parmi les 174 interrogées :

- 47.7% (n=83) étaient catholiques
- 37.4% (n=65) étaient athées
- 12.6% (n=22) étaient musulmanes
- Une faible partie était bouddhiste (1.1% soit n=2), évangéliste (0.6% soit n=1) ou protestante (0.6% soit n=1).

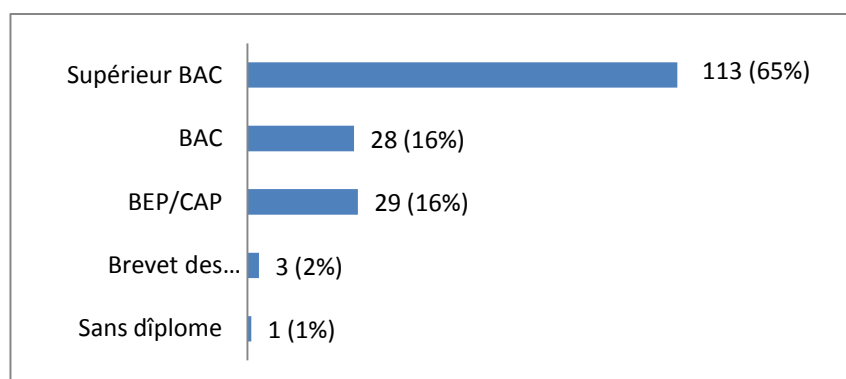
Figure 3 : Pratique de la religion (n=109)



Parmi les 109 femmes indiquant appartenir à une confession religieuse, **une** femme sur **cinq** dit pratiquer **régulièrement** sa religion.

4. Le niveau d'étude

Figure 4 : Niveau d'étude (n=174)



Le niveau d'étude de notre population est majoritairement **supérieur au baccalauréat**. (65% soit n=113).

5. Les conditions de ressources

La majorité de notre population (73%, n=128) **travaille** et huit personnes (5%) n'ont pas de ressources.

6. La gestité et la parité

Figure 5 : Gestité des femmes (n=174)

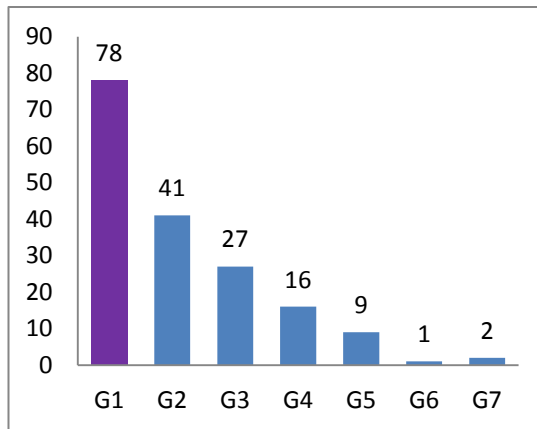
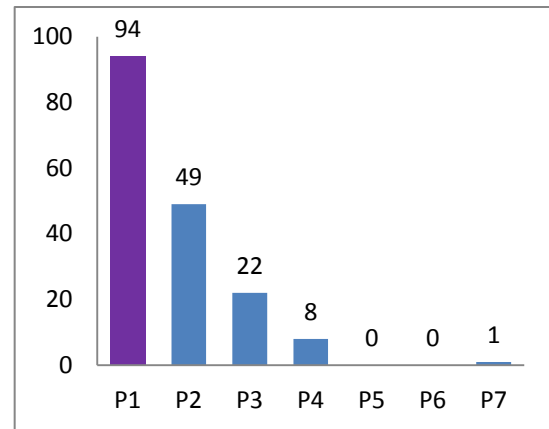


Figure 6 : Parité des femmes (n=174)



Pour environ la moitié de notre population (45% soit n=78), il s'agissait d'une **première grossesse** ainsi que d'un **premier enfant** (54% soit n=94).

7. Le sujet de la sexualité

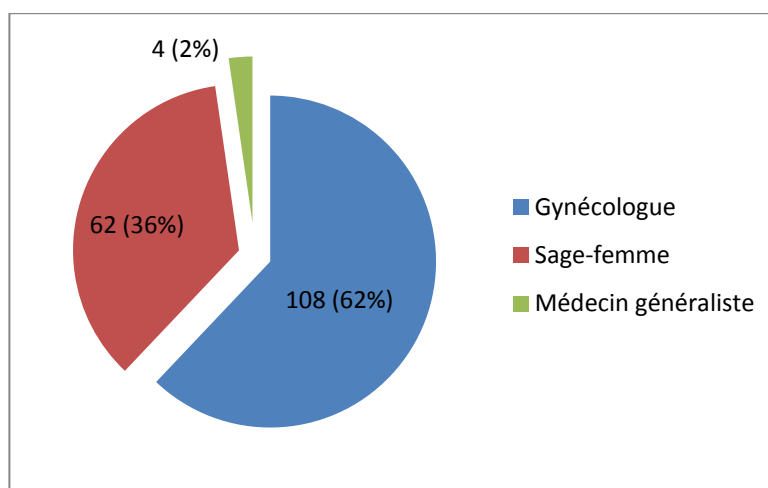
La sexualité est un sujet dont on parle librement pour 69% (n=120) de notre population. Pour près d'un tiers (28.7%, n=50) c'est un sujet libre mais qui met mal à l'aise. Une seule femme de notre étude dit trouver le sujet de la sexualité tabou, et trois (1.7%) avouent parler librement seulement avec des personnes de leur intimité.

Nous ne retrouvons pas de différences statistiquement significatives entre tous ces aspects descriptifs et les données nous permettant de répondre aux objectifs de notre étude (importance de parler du sujet, satisfaction de l'information reçue, méthodes d'informations utilisées ou bien, avis sur le moment, le thème et à l'initiative de qui devrait se faire une information).

II. Généralités relatives à la grossesse

1. Le référent principal

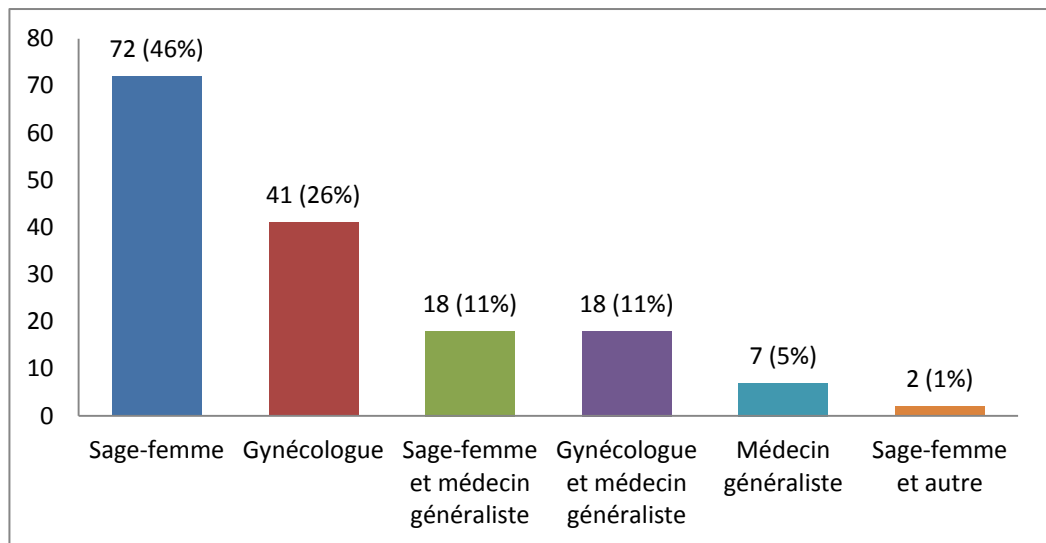
Figure 7 : Référent principal pour le suivi de grossesse (n=174)



Le référent principal est le **gynécologue** dans 62% des cas (n=108). La sage-femme pour 36% (n=62) et le médecin généraliste pour 2% des cas (n=4).

2. Le(s) référent(s) secondaire(s)

Figure 8 : Référent secondaire pour le suivi de grossesse (n=158)

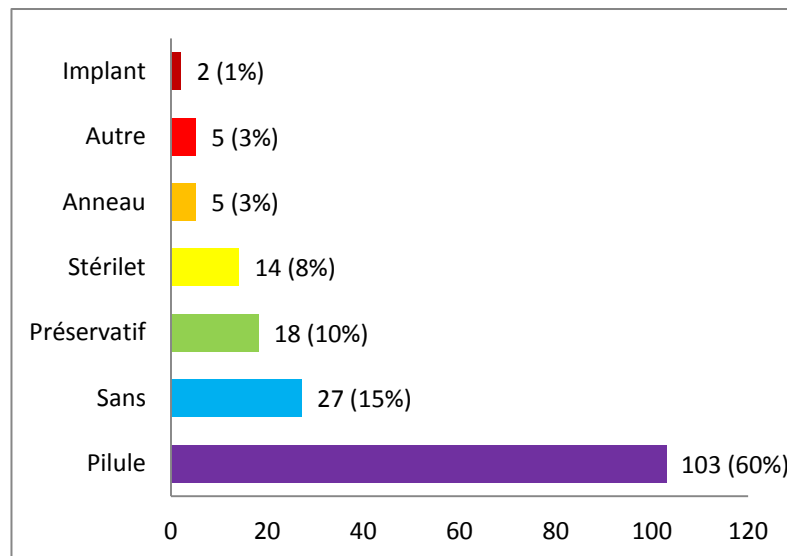


91% des femmes avaient un autre (ou plusieurs) référent(s) secondaire pour leur grossesse :

- Une sage-femme pour 46% (n=72)
- Un gynécologue pour 26% (n=41)
- Une sage-femme et médecin pour 11% (n=18)
- Un gynécologue et médecin généraliste pour 11% (n=18)
- Un médecin généraliste pour 5% (n=7)
- Une sage-femme et un autre professionnel (ostéopathe ou endocrinologue) pour 1% (n=2)

3. La contraception avant

Figure 9 : Moyen de contraception utilisé avant la grossesse (n=174)



La méthode contraceptive la plus utilisée était la pilule pour **60%** des cas (n=103).

Parmi les méthodes « autre » (pour 3% des femmes interrogées) : deux utilisaient la méthode Billings et trois utilisaient des spermicides.

4. Le désir de grossesse

Les grossesses étaient désirées pour **89%** (n=154).

Parmi les grossesses non désirées (n=20), le même nombre de femmes (sept) n'avait pas de contraception ou utilisaient la pilule comme moyen de contraception. Quatre femmes utilisaient des préservatifs, une avait un stérilet et une utilisait la méthode Billings. Treize grossesses sont donc survenues sous contraception.

Parmi les grossesses désirées, 5% (n=8) ont été obtenues avec l'aide médicale à la procréation.

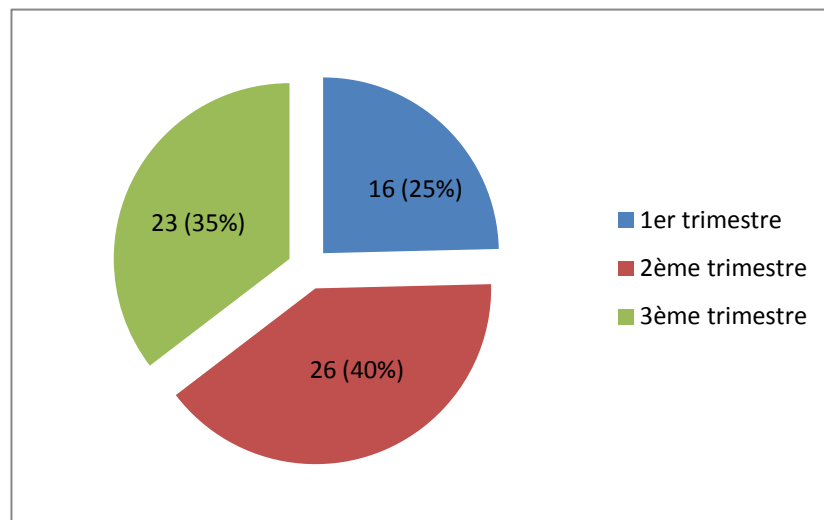
5. Les complications

D'après les patientes interrogées, **deux tiers** (n=65) ont eu des complications de la grossesse.

Les différents types de complications retrouvées étaient :

- 23% (n=15) d'infection urinaire ou vaginale
- 20% (n=13) de menace d'accouchement prématuré ou de contraction utérines avant le terme
- 18% (n=12) de douleurs lombaires
- 17% (n=11) de métrorragies
- 11% (n=7) de pathologies fœtales ou annexielles : T21, deux retards de croissance intra utérins, un cas d'artère ombilicale unique, manque de liquide amniotique, deux cas de placenta prævia
- 11% (n=7) de pathologies maternelles : fibrome utérin nécrosé nécessitant une chirurgie, diabète gestationnel, vomissements, quatre cas d'hypertension artérielle.

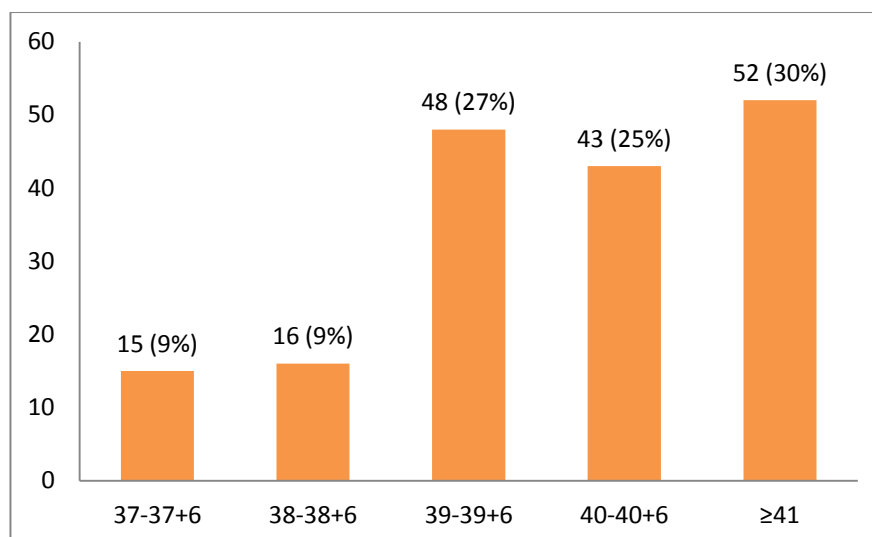
Figure 10 : Trimestre auquel les complications sont survenues (n=65)



- 40% (n=26) ont eu des complications au 2^{ème} trimestre
- 35% (n=23) ont eu des complications au 3^{ème} trimestre
- 25% (n=16) ont eu des complications au 1^{er} trimestre

6. Terme d'accouchement

Figure 11 : Répartition de la population étudiée selon le terme d'accouchement (n=174)



Environ **la moitié** des femmes ont accouché à un terme supérieur ou égal à 40 semaines d'aménorrhées.

III. La grossesse et la sexualité

1. Changement de la sexualité pendant la grossesse

Les personnes interrogées ont vécu des changements dans leur sexualité dans **80%** des cas (n=139). (Tableau I en annexe)

Nous avons comparé ces changements par rapport à l'ensemble de notre population pour les différents items :

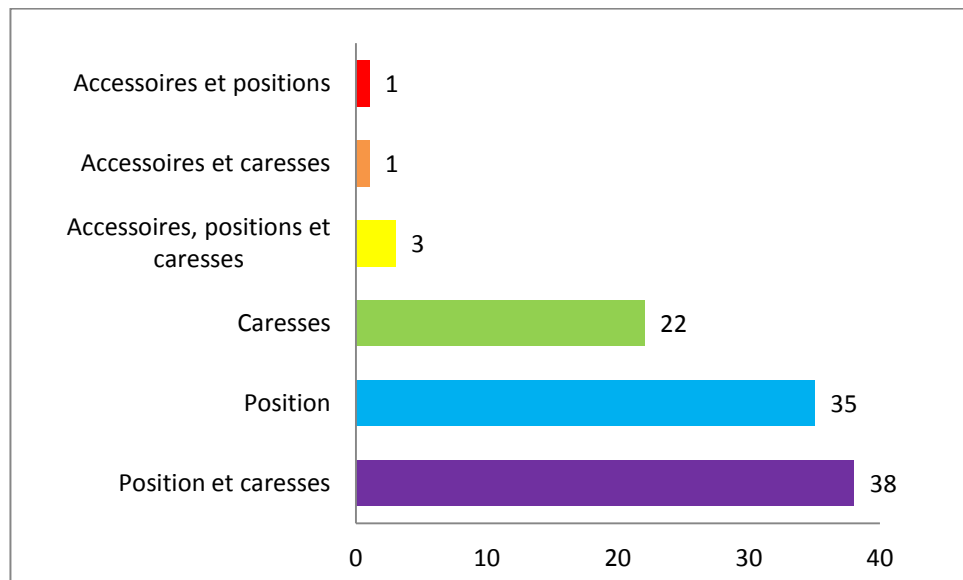
- Désir/Libido : les femmes décrivent une diminution au 3^{ème} trimestre pour 44% (n=76). Globalement, tout au long de la grossesse, il y a une diminution de 34% du désir.
- Préliminaires : restent inchangé pour la majorité des femmes pendant les trois trimestres.
- Lubrification : reste inchangé pour la majorité des femmes pendant les trois trimestres.
- Douleur sexuelle : six femmes sur dix présentent des dyspareunies au 3^{ème} trimestre.
- Fréquence des rapports : les femmes décrivent une diminution dans 42% des cas (n=73) dès le 2^{ème} trimestre. Cette diminution est accentuée au 3^{ème} trimestre dans 63% des cas (n=109). Globalement, tout au long de la grossesse il y a une diminution de 47% de la fréquence des rapports.
- Orgasme : 47% des femmes (n=81) ont moins d'orgasmes lors du 3^{ème} trimestre
- Satisfaction quant aux rapports : les femmes décrivent une diminution dans 46% des cas (n=80) au 3^{ème} trimestre. Globalement, tout au long de la grossesse il y a une diminution de 31% de la satisfaction des rapports.
- Notons que quatre femmes nous ont parlé de la baisse de la libido de leur conjoint. Pour deux d'entre eux, cette baisse a commencé au 2^{ème} trimestre ; et trois décrivent une diminution au 3^{ème} trimestre.

2. Utilisation d'alternatives

Pour guider les femmes à répondre, nous avons proposé différentes alternatives : le changement de positions sexuelles, l'augmentation des caresses intimes et l'utilisation d'accessoires érotiques.

57% (n=100) de notre population a utilisé des alternatives sexuelles.

Figure 12 : Les différentes alternatives (n=100)



Parmi les 100 personnes ayant utilisé des alternatives sexuelles :

- Chez 38% il y a augmentation des caresses intimes et des positions sexuelles plus adéquates.
- Chez 35% le changement de position seulement a été utilisé.
- Chez 22% il y a une augmentation des caresses uniquement.
- 3% ont changé leur positions sexuelles, augmenté leurs caresses intimes et utilisé des accessoires érotiques
- 1% ont associé des accessoires érotiques aux caresses
- 1% ont ajouté des accessoires érotiques aux changements de positions.

Tableau II : Recours à des alternatives sexuelles en fonction du type de grossesse

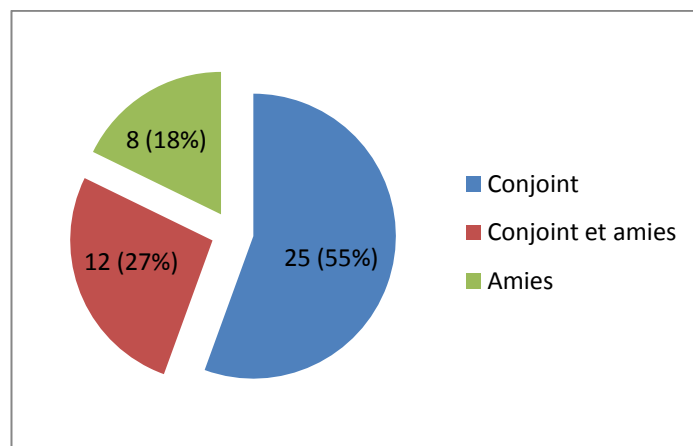
	Pas d'alternative n (%)	Alternative n (%)	Total n (%)
Grossesse sans complication(s)	58 (78)	51 (51)	109 (62)
Grossesse avec complication(s)	16 (22)	49 (49)	65 (37)
Total	74 (100)	100 (100)	174 (100)

Les femmes ayant des complications gravidiques utilisent plus d'alternatives pour adapter leur sexualité. Le test du Chi² donne un **p=0.0004118**.

3. Aborder le sujet en dehors du cadre médical

26% des femmes (n=45) de notre population ont ressenti le besoin d'aborder le sujet de la sexualité en dehors du cadre médical.

Figure 13 : Personne avec qui le sujet a été abordé (n=45)

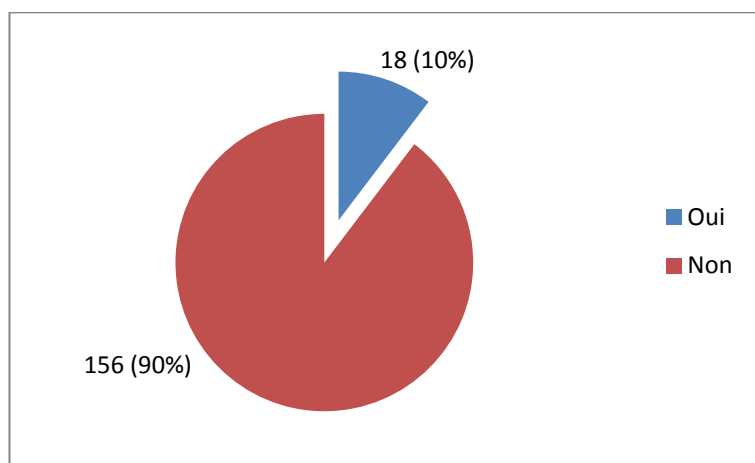


Parmi les femmes ayant ressenti le besoin d'aborder le sujet en dehors du cadre médical :

- 55% (n=25) en ont parlé avec leur conjoint uniquement
- 27% (n=12) en ont parlé avec leur conjoint et des amies
- 18% (n=8) en ont parlé avec des amies uniquement

4. Sujet abordé par un professionnel de santé

*Figure 14 : Le professionnel a pris l'initiative de parler de sexualité avec la patiente
(n=174)*



10% des professionnels (n=18) ont parlé du sujet en premier.

*Tableau III : Thème de la sexualité abordé à l'initiative du professionnel de santé et
type de grossesse*

	Thème non abordé n (%)	Thème abordé n (%)	Total n (%)
Grossesse sans complication(s)	99 (63)	10 (55)	109 (63)
Grossesse avec complication(s)	57 (37)	8 (45)	65 (37)
Total	156 (100)	18 (100)	174 (100)

D'après le test du Chi² il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'existence de complications gravidiques et le fait que le professionnel ait parlé du sujet de son propre chef (**p=0.6897**).

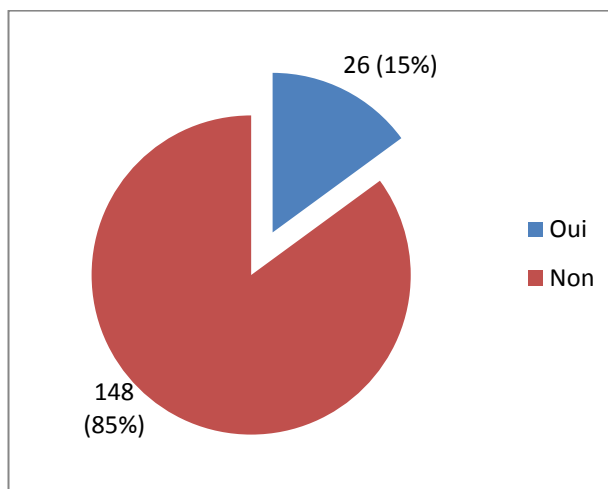
Tableau IV : Thème de la sexualité abordé à l'initiative du professionnel de santé et accouchement à un terme supérieur à 41 SA ou non

	Thème non abordé n (%)	Thème abordé n (%)	Total n (%)
Accouchement <41SA	112 (72)	10 (56)	122 (71)
Accouchement ≥41SA	44 (28)	8 (44)	52 (29)
Total	156 (100)	18 (100)	174 (100)

Il n'existe pas de lien significatif entre le fait que les femmes aient accouché a un terme supérieur à 41 SA et que le professionnel ait parlé du sujet de son propre chef, $p=0.2488$ (Chi²).

5. Demande d'informations

Figure 15 : Femmes ayant demandé des informations sur la sexualité (n=174)



Une minorité de femme (n=26) ont demandé des informations sur la sexualité.

Parmi les femmes ayant demandé des informations (n=26), seulement 61.5% (n=16) ont répondu sur quoi portaient leur interrogations, soit six femmes sur dix ont répondu.

Parmi les réponses :

- dix ont demandé s'il était possible de continuer d'avoir des rapports sexuels,
- trois ont demandé quels étaient les risques d'une pratique sexuelle pour le bébé,
- deux ont demandé des informations relatives à un problème les concernant (sécheresse vaginale et manque de sensation lors des rapports),
- une a demandé comment adapter les positions sexuelles avec le ventre qui grossissait.

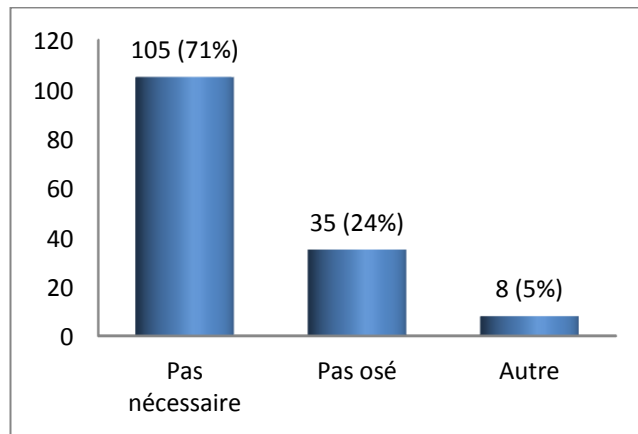
Tableau V: Demande d'information sur la sexualité et type de grossesse

	Pas de demande d'information n (%)	Demande d'information n (%)	Total n (%)
Grossesse sans complication	97 (66)	12 (46)	109 (63)
Grossesse avec complication(s)	51 (34)	14 (54)	65 (37)
Total	148 (100)	26 (100)	174 (100)

D'après le test du Chi², il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'existence de complications gravidiques et le fait de demander des informations sur la sexualité (p=0.09594).

Au total, un quart des patientes (n=44) ont parlé de sexualité avec un professionnel de santé pendant leur grossesse.

*Figure 16 : Les raisons pour lesquels les femmes n'ont pas demandé d'information
(n=148)*



Parmi les femmes n'ayant pas demandé d'information :

- 71% (n=105) n'ont pas jugé nécessaire de demander des informations
- 24% (n=35) n'ont pas osé
- 5% (n=8) n'ont pas demandé pour d'autres raisons :
 - deux n'y ont pas pensé
 - trois ont utilisé d'autre moyen d'information
 - deux ont communiqué avec leur conjoint
 - une était déjà au courant

Les 26 femmes ayant interrogé le professionnel au sujet de la sexualité ont trouvé la réponse :

- Satisfaisante pour sept d'entre elles
- Satisfaisante, claire, complète, correspondant à leur attentes, et utile par la suite pour cinq d'entre elles
- Claire pour trois d'entre elles
- Claire et complète pour trois d'entre elles
- Utile pour deux d'entre elles
- Correspondant à leur attente pour deux d'entre elles
- Insuffisante pour quatre d'entre elles

Quatre femmes sur 26 (15%) n'ont pas été satisfaites par l'information reçue.

6. Thème d'information(s)

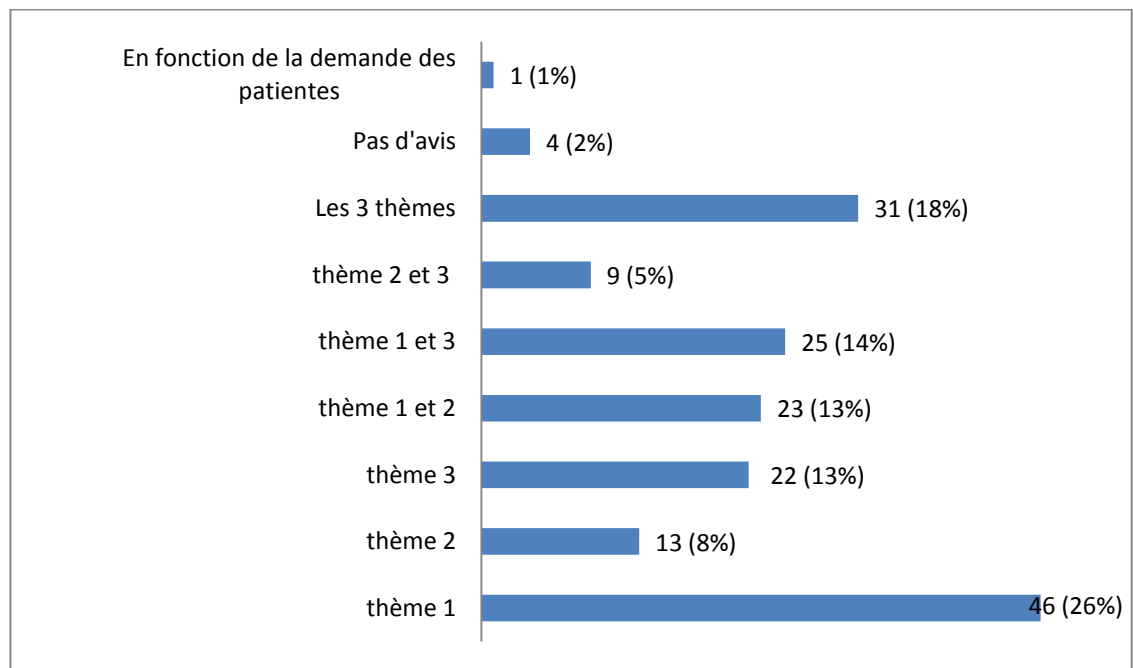
Les différents thèmes proposés étaient :

Thème1 : les modifications de la grossesse influençant la sexualité

Thème 2 : les alternatives sexuelles pendant la grossesse

Thème 3 : les contre-indications et dangers de l'acte sexuel

Figure 17 : Thème(s) qui devrait (aient) être abordé par le professionnel



Un quart des femmes pense qu'une information sur les modifications de la sexualité pendant la grossesse devrait être systématiquement donnée en consultation prénatale.

7. Méthodes utilisée

Le tableau VI en annexe nous montre que les femmes s'informent en terme de sexualité pendant la grossesse grâce à :

- Leur conjoint pour 52% des femmes (n=91)
- L'entourage ou les amis pour 33% des femmes (n=58)
- Les revues féminines ou médicales pour 26% des femmes (n=46)
- Les médias pour 33% des femmes (n=57)

Le recours au professionnel (gynécologue, sage-femme ou autre professionnel de santé) est assez rare (16% des cas).

Parmi les différents moyens pour obtenir des informations :

- Ceux qui sont très appropriés :
 - Le conjoint pour deux tiers des femmes
 - Les consultations avec la sage-femme, et avec le gynécologue pour deux tiers des femmes
 - Le vécu des précédentes grossesses pour la moitié des femmes.
- Ceux qui sont peu appropriés :
 - les consultations avec un autre professionnel de santé que la sage-femme ou le gynécologue pour un tiers des femmes
 - l'entretien prénatal précoce pour un tiers des femmes
 - les médias pour un tiers des femmes

8. Le conjoint

a. Conjoint ayant manifesté un besoin d'information

Le conjoint a manifesté un besoin d'information pour presque **un tiers** des cas (n=54).

b. Moment où le besoin s'est manifesté

Parmi les 54 hommes ayant manifesté un besoin d'information :

- **35%** (n=19) : pendant toute la grossesse
- 24% (n=13) : pendant le 3^{ème} trimestre uniquement
- 24% (n=13) : pendant le 2^{ème} trimestre uniquement
- 17% (n=9) : pendant le 1^{er} trimestre uniquement

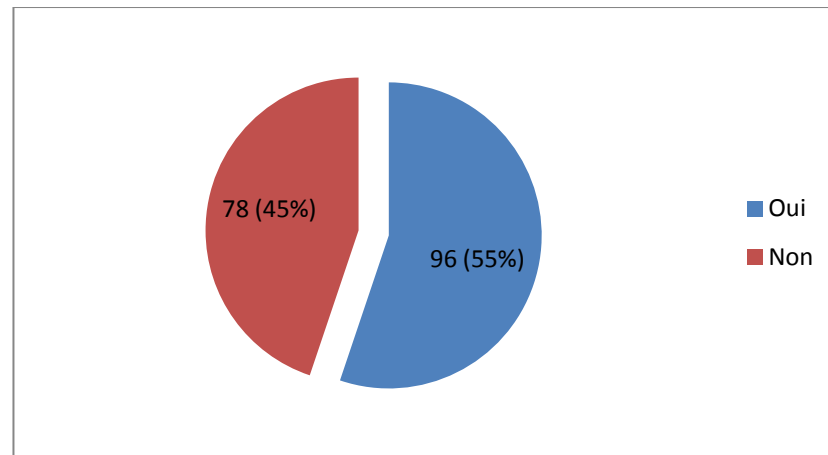
c. Thème des interrogations des conjoints

- 55% (n=30) s'interrogeaient sur les risques par rapport à la grossesse (dangers, contre-indication aux rapports) et par rapport au bébé
- 30% (n=16) avaient peur de faire mal au bébé et/ou à la maman,
- 15% (n=8) s'interrogeaient sur les changements de leur conjointe (modification physique, baisse de la libido).

IV. Avis des femmes sur le fait de parler de sexualité

1. Importance

Figure 18 : Importance de parler de la sexualité pendant la grossesse (n=174)



55% (n=96) des femmes pensent qu'il est important de parler du sujet de la sexualité pendant la grossesse.

Tableau VII : Gestité et avis concernant l'importance de parler de sexualité pendant la grossesse

	Multigeste n (%)	Primigeste n (%)	Total n (%)
Pas important	51 (53)	27 (35)	78 (45)
Important	45 (47)	51 (65)	96 (55)
Total	96 (100)	78 (100)	174 (100)

Par rapport aux multigestes, les primigestes sont davantage convaincues qu'il est important de parler de sexualité pendant la grossesse (**p=0.02212**).

*Tableau VIII : Parité et avis concernant l'importance
de parler de sexualité pendant la grossesse*

	Multipare n (%)	Primipare n (%)	Total n (%)
Pas important	43 (54)	35 (37)	78 (45)
Important	37 (46)	59 (63)	96 (55)
Total	80 (100)	94 (100)	174 (100)

Par rapport aux multipares, les primipares sont davantage convaincues qu'il est important de parler de sexualité pendant la grossesse (**p=0.04232**).

*Tableau IX : Survenue d'un changement dans la sexualité et avis concernant
l'importance de parler de sexualité pendant la grossesse*

	Pas de changement n (%)	Changement n (%)	Total n (%)
Pas important	24 (69)	54 (39)	78 (45)
Important	11 (31)	85 (61)	96 (55)
Total	35 (100)	139 (100)	174 (100)

Par rapport aux femmes ayant subi aucun changement dans leur sexualité, les femmes ayant subi des changements sont davantage convaincues qu'il est important de parler de sexualité pendant la grossesse (**p=0.002977**).

*Tableau X : Demande d'information sur la sexualité et avis concernant
l'importance de parler de sexualité pendant la grossesse*

	Pas de demande n (%)	Demande n (%)	Total n (%)
Pas important	69 (47)	9 (35)	78 (45)
Important	79 (53)	17 (65)	96 (55)
Total	148 (100)	26 (100)	174 (100)

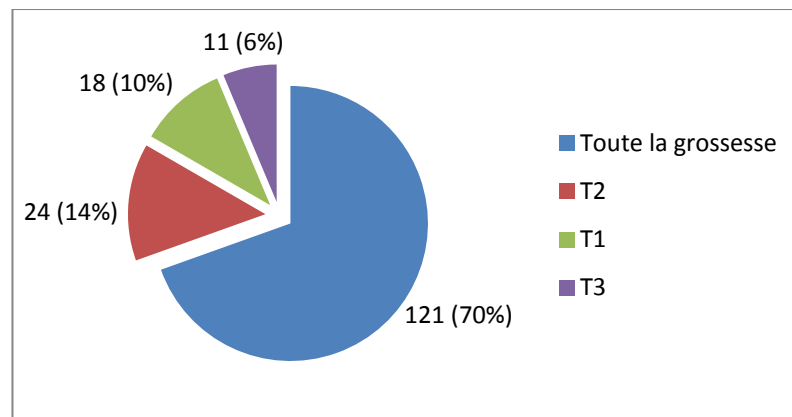
D'après le test du Chi², il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le fait de trouver important de parler de sexualité et la demande d'information sur le sujet (**p=0.3568**).

2. Normalité

90% (n=156) pensent qu'il est normal de parler de sexualité pendant la grossesse.

3. Moment

Figure 19 : Moment où le sujet de la sexualité devrait être abordé (n=174)



- **70%** (n=121) des femmes pensent que ce sujet doit être abordé pendant toute la grossesse
- **14%** (n=24) pensent qu'il devrait être abordé au 2^{ème} trimestre uniquement
- **10%** (n=18) pensent qu'il devrait être abordé au 1^{er} trimestre uniquement
- **6%** (n=11) pensent qu'il devrait être abordé au 3^{ème} trimestre uniquement

4. Initiative du professionnel de santé

74% (n=128) pensent que c'est au professionnel de santé d'aborder le sujet en premier.

Tableau XII : Avis de la patiente par rapport à une éventuelle initiative du professionnel à parler de sexualité pendant la grossesse et avis concernant l'importance de parler de sexualité pendant la grossesse

	Pas favorable n (%)	Favorable n (%)	Total n (%)
Pas important	36 (78)	42 (33)	78 (45)
Important	10 (22)	86 (67)	96 (55)
Total	46 (100)	128 (100)	174 (100)

D'après le test du Chi², les femmes trouvant le sujet important sont en faveur d'une initiative du professionnel de santé à aborder le sujet de la sexualité (**p=2.7*10⁻⁷**).

5. Présence du conjoint

89% des femmes interrogées (n=154) trouvent normal que leur conjoint soit présent lorsqu'on leur parle de sexualité pendant la grossesse.

DISCUSSION

I. Les forces et les faiblesses de l'étude

1. Les forces de l'étude

Tout d'abord le sujet de notre étude a semblé intéresser les femmes puisque le taux de réponses a été très important (86%).

Les résultats de cette étude montrent que l'information dispensée aux futures mères doit être adaptées à leurs propres attentes. Ce travail renforce donc l'utilité de l'entretien prénatal précoce qui permet justement de mieux cibler les informations à donner.

2. Les faiblesses de l'étude

Nous avons enquêté uniquement les femmes en suites de couches. Il aurait été intéressant d'enquêter en parallèle les professionnels de santé assurant des suivis de grossesse, pour avoir leur avis sur le sujet également.

Il aurait été judicieux de demander clairement si les femmes auraient souhaité parler de sexualité lors du suivi de grossesse (consultations prénatales, préparation à la naissance et à la parentalité, entretien prénatal précoce, échographies). En effet les femmes peuvent trouver important de parler de sexualité sans forcément vouloir en parler avec la personne qui suit leur grossesse.

Au fil du recueil des données, nous avons réalisé que certaines questions n'étaient pas exploitables ou avaient peu d'intérêt. Nous avons par exemple demandé aux femmes depuis combien de temps elles avaient arrêté leur contraception avant d'être enceinte. Cette question n'a finalement pas été traitée.

De plus nous avons demandé par une question ouverte la profession. Les réponses étaient imprécises et n'étaient donc pas exploitables.

Par ailleurs, il peut exister un biais de mémorisation. En effet, nous avons choisi d'interroger les femmes en suite de couches. Certaines ont avoué qu'elles ne se rappelaient plus exactement, notamment pour répondre à la question sur les changements de la sexualité. Interroger les femmes pendant la grossesse aurait peut-être été plus judicieux pour ce point.

II. Les données générales

1. L'âge

Selon le bilan démographique de 2010 publié par l'INSEE [26], l'âge moyen de la maternité est de 30 ans. La population de notre étude était donc parfaitement en concordance avec ces données puisque la moyenne d'âge est de 30.2 ans (± 5.7).

2. La situation de famille

Selon le même bilan démographique [26], 54.8% des naissances étaient hors mariage. La population de notre étude était donc en accord avec ces données puisque 61% des naissances ont eu lieu hors mariage.

3. La religion

Contrairement à ce que nous pensions, l'importance de parler de sexualité n'est pas influencée par la religion.

4. Le niveau d'étude, la profession et les conditions de ressources

L'enquête périnatale de 2010 [27] retrouve plus de la moitié de femmes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, comme dans notre population.

De plus, les données sont également identiques pour le travail et les conditions de ressources. En effet, les trois quart des femmes travaillent.

Notre population est donc comparable à la population générale concernant ces caractéristiques.

5. La parité et la gestité

Selon le bilan démographique de 2010 publié par l'INSEE [26], les femmes ont en moyenne deux enfants alors que dans notre population, il y a majoritairement des femmes primipares (54%). Nos résultats sont proches de l'enquête périnatalité 2010 qui retrouve 43.4% de femmes accouchant pour la première fois. [27]

6. Le sujet de la sexualité

La sexualité est définie dans la littérature comme un sujet relativement tabou. Nous ne retrouvons pas cela dans notre étude puisque seulement 1% disent trouver ce sujet tabou. Nous pouvons supposer qu'après leur accouchement les femmes ne se sont pas senties gênées pour répondre à notre questionnaire. En revanche, pour un tiers ce sujet met mal à l'aise. Cela rejoint les conclusions apportées par Lorson J. [6]

III. Généralités relatives à la grossesse

1. Référents

Le référent principal était le gynécologue pour la majorité des femmes (62%), et la sage-femme pour une plus petite partie (36%).

Dans notre étude, neuf femmes sur dix avaient un référent secondaire, qui était la sage-femme pour 46% des cas. Le deuxième référent secondaire le plus représenté est le gynécologue. Les deux professionnels sont donc complémentaires pour le suivi de grossesse. Au sein de la maternité où a eu lieu notre étude, c'est une volonté, les femmes sont généralement suivies par ces deux professionnels de santé.

2. La contraception

Notre population utilisait, pour 69% des cas, la pilule comme moyen de contraception avant leur grossesse, ce qui correspond aux données de l'INED [28], et également à celles de l'enquête COCON [29] qui retrouvaient 60% de femmes utilisant la pilule.

4. Désir de grossesse

Près de neuf grossesses sur dix étaient désirées.

Il y a sept grossesses non désirées survenant chez les femmes n'ayant pas de contraception. Nous pouvons penser que les grossesses n'étaient pas désirées pour ces femmes dans la mesure où elle n'était pas programmée mais que finalement elles puissent être bien acceptées.

Nous avons 13 grossesses non désirées survenant suite à un échec de contraception. Il y a donc une réelle nécessité d'information et un meilleur accès à la contraception pour ces femmes. De plus nous pouvons penser que ces femmes ont des difficultés à assumer cette grossesse, avec un vécu qui est plus ou moins bon. Si ces femmes ont des changements dans la sexualité nous pouvons imaginer qu'elles auront plus de mal à en parler. Nous pouvons également imaginer que ces femmes représentent un biais dans

notre étude car leur grossesse n'était pas désirée, leur ressenti sur la sexualité peut donc être influencé par ce non désir.

De plus on retrouve un taux de 5% d'aide médicale à la procréation, comme dans l'enquête périnatalité 2010 [27].

5. Complication

Parmi les complications citées par les femmes certaines influencent la sexualité :

- Directement : comme les infections vaginales, urinaires, la menace d'accouchement prématurée, les douleurs lombaires, les métrorragies, les vomissements, les placentas prævia, l'hypertension artérielle
- Indirectement : comme le diabète gestationnel, les problèmes fœtaux. Ceux-ci jouent sur le facteur psychologique. Leur impact sur la sexualité n'est que présumé, mais nous avons gardé ces complications pour nos résultats car, leur influence sur la sexualité existant (cf. page 10)

Un taux important de complications a été retrouvé mais il est difficilement analysable au regard de la littérature vu que nous n'avons pas vérifié cette information dans le dossier des patientes concernées. En revanche, nul doute que si ces femmes ont affirmé avoir eu une complication, cette dernière a dû avoir un impact sur le déroulement de leur grossesse voire sur leurs pratiques sexuelles. Il ne faut donc pas sous-estimer l'impact des pathologies liées à la grossesse sur la sexualité.

6. Terme d'accouchement

Près d'un tiers des femmes ont accouché à un terme supérieur à 41 SA.

Le test du Chi² n'a pas mis en évidence un lien entre le fait que le professionnel a abordé le sujet en premier et le fait que les femmes aient accouché à un terme supérieur à 41 SA. On peut donc en conclure que le fait que les dames approchent du terme n'interpelle pas les professionnels de santé à parler de sexualité et notamment du

déclenchement à l'italienne (méthode consistant à avoir un rapport sexuel, le sperme contenant des prostaglandines peut faciliter la mise en route du travail). (cf pages 16)

Nous n'avons pas demandé si l'accouchement avait été déclenché. Cette information aurait été intéressante, surtout que les femmes ne mentionnent pas avoir eu d'information sur le mode de déclenchement naturel.

IV. La grossesse et la sexualité

1. Changements de la sexualité pendant la grossesse

Nous avons pu mettre en avant qu'il existe une diminution de la fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse dans 47% des cas. Ce résultat est concordant avec l'étude de B. Dao et al [30] qui montrent une diminution dans 52% des cas ainsi qu'avec l'étude de Lorson J. [6]

Concernant la satisfaction des rapports, notre étude diffère des études citées précédemment, ainsi que l'étude menée par K.P Kouakou et al. [31] puisqu'elle ne retrouve pas une majorité de femmes ayant eu une diminution de la satisfaction des rapports. Cette différence est peu explicable. Les femmes de notre étude ont peut-être pas osé répondre franchement à cette question.

La satisfaction est diminuée au 3^{ème} trimestre pour la majorité des femmes. Ce résultat est corrélé avec le nombre d'orgasme car il voit lui aussi son taux diminuer lors du 3^{ème} trimestre.

Concernant les dyspareunies, peu de femmes ont répondu mais nous pouvons constater que ce désagrément est présent plus particulièrement au 3^{ème} trimestre. Cela pourrait expliquer en partie, la diminution de la fréquence et de la satisfaction des rapports pour certaines femmes. Il serait judicieux d'anticiper ce problème en parlant aux femmes enceintes. En effet, nous pouvons supposer que certaines de ces douleurs pourraient être améliorées voir supprimé en adaptant la sexualité aux changements du corps. Des informations et des explications semblent donc nécessaires sur le sujet.

En revanche, notre étude montre qu'il existe une diminution globale de la libido dans 34% des cas seulement, alors que l'étude menée par K.P. Kouakou et al [31] décrit une diminution de 81.6%. Cette différence entre ces deux études n'est pas explicable, mais cela reste concordant avec les données de la littérature (p 14-15) ainsi qu'avec les données de Lorson J. [6]. Le désir suit la même conjoncture que la fréquence, satisfaction des rapports, et le nombre d'orgasme en étant plus diminué au 3^{ème} trimestre. Ces résultats sont concordants car chacun de ces changements sont importants dans un rapport.

Nous remarquons que la lubrification reste inchangée pour la plupart des femmes. Ce résultat est étonnant car nous avons remarqué que la plupart du temps au 3^{ème} trimestre il y a une lubrification plus importante ainsi que des pertes vaginales plus importantes.

Nous constatons également que le nombre de préliminaires n'a pas changé pour la majorité des femmes.

2. Utilisation d'alternatives

Une grande majorité des femmes ayant utilisé des alternatives ont modifié leurs positions sexuelles et/ou leurs caresses intimes. Les couples se sont adaptés tout comme le décrit la littérature et l'étude de Lorson J. [6].

Un lien entre le fait d'avoir eu des complications pendant la grossesse et le fait d'utiliser des alternatives a été mis en évidence. Les femmes ont donc plus utilisé d'alternatives lorsqu'elles avaient eu des complications, ce qui semble tout à fait logique ; ces femmes ont su modifier leur sexualité pour s'adapter aux complications.

3. Aborder le sujet en dehors du cadre médical

Un quart des femmes ont ressenti le besoin d'aborder le sujet de la sexualité en dehors du cadre médical. Pour ces femmes, le sujet a été abordé avec le conjoint et/ou le(s) amie(s), ce qui nous paraît normal étant donné que ce sujet délicat est plus facilement abordable avec des personnes proches.

4. Sujet abordé par un professionnel de santé

Seul 10% des femmes se sont vu offrir une information sur la sexualité de la part du professionnel de santé qui suivait leur grossesse. Ce résultat est faible, en particulier lorsqu'on le compare avec le taux de femmes qui pensent que cela devrait être au professionnel d'aborder ce sujet (74% des cas). Les consultations prénatales s'inquiètent le plus souvent de l'état de santé de la mère et du fœtus, et non du père et du couple. Peut être que la faible durée des consultations est une difficulté et n'est pas propice à mener un interrogatoire plus important et plus intime.

Il n'a pas été mis en évidence de lien entre le fait que les femmes ont eu des complications et le fait que le professionnel ait abordé le sujet en premier. Les femmes ayant eu des complications n'ont donc pas eu spontanément d'informations de la part du professionnel de santé qui suivait la grossesse. Pourtant on peut penser que ces femmes sont d'autant plus sensibles au sujet que certaines complications peuvent modifier la sexualité.

Ce résultat montre un défaut : les professionnels ne font pas de corrélation entre survenue de complications et sexualité. Il serait peut être nécessaire de réajuster leur connaissance ou d'apporter de l'aide pour les sensibiliser à la sexualité.

5. Demande d'informations

Malheureusement une faible partie des femmes de notre étude ont demandé des informations. Nous remarquons que cette question a peut-être mal formulé car seulement dix femmes sur 26 ont répondu avec quels professionnels de santé elles avaient demandé des informations, et non pas quelles étaient leurs questions.

La préoccupation des femmes concernait surtout le fait de pouvoir ou non continuer les rapports sans risques.

Nous nous sommes demandé s'il existait un lien entre la demande d'information et certains facteurs.

Il n'a pas été mis en évidence de lien entre la demande d'informations sur la sexualité et l'existence ou non de complications gravidiques. Les femmes ayant des complications de la grossesse n'ont donc pas posé plus de questions aux professionnels de santé, ce qui est préjudiciable étant donné que ce sont les professionnels de santé sont les plus à même de répondre aux questions et de renseigner ces femmes.

De même, nous n'avons pas mis en évidence un lien entre fait de trouver important de parler de sexualité et la demande ou non d'information sur le sujet. Ce résultat est aussi étonnant, mais peut s'expliquer par le fait que les femmes n'avaient pas d'interrogation précise. En effet, 71% des femmes ne demandent pas d'information, et on peut supposer que pour certaines il paraît évident que la sexualité évolue avec la grossesse.

En revanche, 24% d'entre elles n'ont pas osé. Ce résultat est concordant avec le fait que 28.7% sont mal à l'aise lorsqu'on aborde le sujet de la sexualité.

Seulement quatre femmes ayant demandé des informations n'ont pas été satisfaites. Ce résultat est rassurant et prouve que les professionnels de santé apportent des réponses adaptées aux questions de leur patientes.

Un de nos objectifs secondaires est donc rempli : les femmes sont satisfaites de l'information reçue.

6. Thème d'information(s)

Nous avons proposé pour la question trois réponses, correspondant à trois thèmes d'information :

Thème1 : les modifications de la grossesse influençant la sexualité

Thème 2 : les alternatives sexuelles pendant la grossesse

Thème 3 : les contre-indication et dangers de l'acte sexuel

Le thème 1 paraît le plus important à aborder pendant la grossesse. Mais dans l'ensemble, les trois sujets semblent être intéressants à aborder afin que chaque femme puisse y trouver la réponse à ses interrogations. Bien entendu, cela nous semble logique que cette information soit à adapter aux femmes.

7. Méthode utilisée

Les femmes ont majoritairement eu recours à leur conjoint (la moitié d'entre elle) pour s'informer et parler de sexualité. Cela nous paraît normal étant donné que la sexualité est une affaire de couple, que l'homme autant que la femme est concerné par d'éventuels changements de la sexualité pendant la grossesse qui est une période de vulnérabilité et de fragilité influençant sur la sexualité. Le recours au conjoint est considéré comme très appropriée pour deux tiers des femmes, ce qui explique aussi en partie pourquoi elle est autant utilisée.

Notre étude montre une faille car seulement 16% des femmes utilisent les personnels de santé pour s'informer alors que ce sont des gens qualifiés pour les renseigner. Ce résultat se rapproche de l'étude menée par K.P. Kouakou et al [31] qui montre que les femmes utilisent cette méthode dans 19% des cas. Cela rejoint la question précédente montrant que 12.5% avaient abordé le sujet avec un professionnel de santé. Nous n'avons pas le même pourcentage. Cette différence peut s'expliquer parce que les femmes n'ont pas bien répondu aux deux questions. En effet, le tableau concernant les méthodes utilisées était peut être difficile et contraignant à compléter en fin de questionnaire.

Ce résultat peut mettre l'accent sur le fait que les consultations avec un professionnel de santé ne sont pas toujours adaptées, par manque de temps, par changement régulier de l'interlocuteur, par la présence de l'ordinateur qui met une barrière entre la femme et le professionnel.

Paradoxalement deux tiers des femmes trouvent le gynécologue et la sage-femme très appropriés pour parler de ce sujet intime, alors qu'un autre professionnel de santé apparaît comme un moyen peu approprié pour un tiers des cas. Ce résultat est logique vu que les sages-femmes et les gynécologues, spécialistes de la femme enceinte, ont un

enseignement en sexologies durant leur formation initiale. Concernant les sages-femmes, durant la dernière année d'étude, il y a un enseignement de sexologie (celui-ci est de 12h à Clermont-Ferrand par exemple). L'accompagnement est donc complet : physique, clinique et psychique. Ils sont donc vus comme des personnes appropriées pouvant informer sur la sexualité pendant la grossesse.

En revanche, nous avons pu constater que l'information par les amis(es) ou l'entourage est de 33% alors que la même étude citée précédemment montre qu'elle est de 79%. L'écart de ces pourcentages ne peut être expliqué. En effet, les deux populations se ressemblent aussi bien quant à la moyenne d'âge que la religion représentée majoritairement (catholique). Ici aussi on peut dire que cela nous semble normal, parler de ce sujet est plus facile avec des personnes proches. Mais le type de renseignements reçus pose le problème d'informations fausses et erronées. Le contenu ne peut pas être fiable car chaque femme a sa propre expérience et son propre vécu.

Les médias sont utilisés aux même taux que les amis(es) ou l'entourage. Cela n'est pas étonnant vu la facilité d'accès à ce genre de méthode, et surtout au vu de toutes les données et informations que l'on peut y trouver. Cela nous semble regrettable que ce moyen soit deux fois plus utilisé que le personnel de santé. Les femmes ont la possibilité de poser des questions aussi bien pendant les consultations mensuelles obligatoires, que pendant les cours de préparation à la naissance. C'est dommage qu'elles cherchent des informations dans les médias, surtout qu'il existe un grand nombre d'informations qui sont erronées (par manque de contrôle de l'information) alors qu'elles peuvent avoir accès facilement à des informations de qualité. Cet accès peut être discuté, en effet, nous pouvons penser que les consultations ne durent pas assez longtemps pour pouvoir aborder ce thème.

Il serait intéressant de voir si ces résultats seraient identiques pour une population de femmes suivies par des sages-femmes libérales qui font généralement des consultations plus longues qu'à l'hôpital.

Ces affirmations sont confirmées par le fait qu'un tiers des femmes considère que les médias ne sont pas appropriés pour chercher des informations.

Les revues féminines ou médicales sont également utilisées dans 26% des cas, ce qui paraît correct. En effet, cela nous semble être un bon moyen et une bonne alternative pour les femmes qui n'osent pas demander des informations directement.

Le vécu par rapport aux grossesses précédentes est vu comme un bon moyen, cela s'explique par le fait que les femmes ont un point de repère et comprennent mieux certaines modifications physiologiques pouvant interférer avec leur sexualité.

Les méthodes utilisées sont donc majoritairement des méthodes personnelles (discussion avec conjoint et amies) ou anonymes (par le biais de moyens écrits), ce qui peut s'expliquer par le fait qu'une partie de notre population ne se sente pas à l'aise avec le sujet de la sexualité.

Un de nos objectifs secondaires est donc rempli : les modalités d'information que les femmes utilisent sont donc le conjoint, les amies et/ou l'entourage, ainsi que les revues féminines ou médicales et les médias.

8. Le conjoint

a. Conjoint ayant manifesté un besoin d'information

Dans notre étude, nous constatons, d'après les femmes, que le conjoint a manifesté un besoin d'information dans un tiers des cas. Nous pouvons dire, qu'au même titre que les femmes, les conjoints se sentent concernés par la sexualité pendant la grossesse.

b. Moment où le besoin s'est manifesté

Ce besoin d'information s'est manifesté pendant toute la grossesse pour la majorité des cas. Le conjoint se sent donc concerné à tout moment de la grossesse sur le sujet de la sexualité.

c. Thème des interrogations des conjoints

Dans notre étude les conjoints évoquent leurs inquiétudes vis-à-vis de la sexualité : premièrement les conjoints avaient peur pour les risques possibles sur la grossesse et sur le bébé. Dans un second temps, ils avaient peur de faire mal au bébé et/ou à la maman. Ce résultat est proche de celui trouvé dans l'étude menée par K.P. Kouakou et al. [31]. En effet, ils avaient retrouvé 41% des couples ayant peur de faire mal au fœtus. Enfin, un petit nombre s'interrogeait sur les changements de leur conjointe (modification physique, baisse de la libido). Ce résultat est également proche de l'étude citée précédemment puisque, ils retrouvaient 13.6% d'inconfort. Le besoin d'information est donc bien réel.

V. Avis des femmes sur le fait de parler de sexualité

1. Importance

La majorité des femmes pensent qu'il est important de parler de sexualité pendant la grossesse. Le sujet semble donc intéresser les femmes enceintes. L'étude menée par Lorson J. retrouvait cette même caractéristique.

Nous nous sommes demandé s'il existait un lien entre certains facteurs et le fait de trouver important de parler de sexualité.

Nous avons mis en évidence un lien entre la parité/gestité et le fait de trouver important de parler de sexualité. Ainsi les femmes pour qui c'était la première grossesse et le premier enfant trouvaient plus important de parler de ce thème que celles ayant déjà eu une grossesse et un enfant. Ceci peut s'expliquer du fait de l'inconnu d'une première grossesse. Les primipares et primigestes sont en général plus demandeuses d'informations que les autres car la grossesse et tous ses changements sont source d'interrogations pour ces femmes, qui découvre l'inconnu d'une première grossesse.

On a pu mettre en évidence également qu'il existe un lien entre la survenue de changements dans la sexualité pendant la grossesse et le fait de trouver important de parler de sexualité. Ainsi les femmes ayant eu des changements dans leur sexualité trouvaient plus important de parler de ce thème que celles pour qui la sexualité n'a pas changé. Nous pouvons penser que ces femmes trouvent important de parler de sexualité dans la mesure où elles ont vécu des troubles de leur sexualité sans savoir si cela relevait de la normalité.

<p>Notre objectif principal est donc rempli : les femmes trouvent important de parler de sexualité pendant la grossesse.</p>

2. Positionnement des femmes

Dans notre population une grande majorité des femmes pensent qu'il est normal de parler de sexualité pendant la grossesse. Cela rejoint ce que nous avons abordé dans la revue de la littérature. En effet, bien que le sujet fasse partie de la vie intime de chaque personne, il reste très présent dans notre société, ce qui explique qu'il paraît normal d'en parler.

3. Moment

Nous avons vu qu'une majorité de femmes pensent qu'il n'y a pas de moments ou de trimestres particuliers pour en parler, mais que toute la grossesse paraît opportune pour parler de sexualité. En effet, seulement trois femmes sur dix seraient d'avis de parler de ce sujet à un trimestre particulier. Cela rejoint les résultats de l'étude menée par Frey C. [5] ainsi que celle de Lorson J. [6].

Le sujet de la sexualité est donc un sujet intime qui doit être abordé sans règle particulière concernant le moment. Chaque femme et chaque couple est différent, donc ce sujet peut intéresser tout le monde à tout moment.

De plus, cela rejoint la conclusion vue précédemment sur le fait que les conjoints manifestent un besoin d'information pendant toute la grossesse.

4. Initiative du professionnel de santé

Les femmes de notre étude nous ont répondu au trois quart que le dialogue au sujet de la sexualité devrait être de l'initiative du professionnel de santé.

Il a été montré un lien entre le fait de trouver important de parler de sexualité et le positionnement de la patiente par rapport à une éventuelle initiative du professionnel de parler de sexualité. Ainsi, les femmes trouvant le sujet de la sexualité important pensent que cela devrait plus être de l'initiative du professionnel de santé. Nous pouvons penser que cela n'est pas facile pour ces femmes de demander des informations sur la sexualité

quand elles ne savent pas ce qui est normal ou pas. Les femmes peuvent se sentir gênée et même avoir honte de poser des questions sur un sujet aussi intime. L'intérêt de l'initiative du professionnel est donc justifié.

Les professionnels de santé doivent donc parler en premier du sujet pour la majorité des femmes. D'autant plus que pour 69% de la population de notre étude, c'est un sujet libre et pour 55% un sujet important. Les femmes ne sembleraient donc pas choquées de recevoir des informations et d'avoir un dialogue sur ce sujet. Il y a donc un travail à faire à ce niveau pour pallier les attentes des femmes.

Notre dernier objectif secondaire est donc rempli : les femmes souhaitent parler de sexualité pendant toute la grossesse, en trouvant plus adapté que ce soit le professionnel qui aborde le sujet en premier. Les thèmes d'information sont larges et prennent en compte les alternatives possibles, les contre-indications aux rapports et les modifications de la grossesse influençant la sexualité.

5. Présence du conjoint

Près de neuf femmes sur dix trouvent la présence de leur conjoint normale pour parler de sexualité pendant la grossesse. Cette présence masculine ne doit donc pas être un frein pour aborder ce thème, qui reste un sujet intime mais concernant les deux membres du couple. Cette situation est bien entendu à adapter en fonction du couple et des envies ou besoins de chacun.

VI. Projet d'action

Notre étude met en évidence l'importance d'aborder le thème de la sexualité pendant la grossesse et de nombreuses femmes pensent que l'information à ce sujet devrait provenir du professionnel de santé. Il nous semble alors judicieux d'agir à ce niveau.

Tout d'abord, nous avons constaté dans notre étude que les femmes s'informent sur le sujet de la sexualité. Cela démontre bien le besoin d'information qu'elles ont, d'autant plus que pour une majorité la sexualité se modifie pendant la grossesse.

La sexualité est un sujet intime, et nous comprenons bien que cela reste difficile à aborder. Que ce soit dans le cadre d'une consultation prénatale, d'une séance individuelle ou collective de préparation à la naissance et à la parentalité, ou bien lors de l'entretien prénatal précoce, ce sujet reste délicat à aborder, et peut mettre mal à l'aise certaines personnes, aussi bien les patientes que les professionnels.

Il ne nous semble pas judicieux de proposer une plaquette informative aux femmes enceintes car elles ont déjà beaucoup de documentation et cela ne serait ni ciblé ni adapté à chacune.

De plus, nous avons pensé proposer une plaquette informative pour les professionnels de santé afin qu'ils puissent bénéficier d'aide pour parler de sexualité (conseil de base, phrases types pour lancer le sujet, lien internet...) mais là encore, cela ne nous semble pas judicieux. En effet, même en bénéficiant d'aide, il reste difficile de parler de sexualité pendant un temps donné, cela renvoie à sa propre expérience et au fait que l'on soit à l'aise ou non avec ce sujet.

C'est pourquoi, au vu de tous ces constats, des consultations avec un professionnel compétent en sexologie (par exemple une sage-femme ayant un diplôme universitaire de sexologie) serait souhaitables pour les futurs parents en attente d'informations ou ayant des difficultés dans ce domaine. Proposer ce type de consultation serait déjà un premier pas pour un dialogue sur la sexualité pendant la grossesse. Le fait qu'il existe des

consultations de ce type devrait être signalé aux femmes enceintes. Ces consultations pourraient avoir lieu à tout moment pendant la grossesse, quand la femme ou le couple le désire. Elles seraient favorables au dialogue, le professionnel de santé pouvant prendre le temps d'écouter les besoins, attentes et questions de la femme et du couple concernant sa sexualité.

Différents thèmes pourraient être abordés, comme ceux que nous avons proposés et qui ont semblé intéresser les femmes :

Thème1 : les modifications de la grossesse influençant la sexualité

Thème 2 : les alternatives sexuelles pendant la grossesse

Thème 3 : les contre-indications et dangers de l'acte sexuel

L'information devrait toujours être faite en fonction des couples et des besoins, en s'adaptant à ceux-ci.

Ces consultations auraient lieu dans un cadre différent des consultations mensuelles obligatoires, c'est-à-dire dans un cadre propice au dialogue et à la communication sur un sujet intime. L'information se ferait alors individuellement et discrètement, mettant en confiance les femmes et les couples.

Mieux vivre sa sexualité pourrait permettre d'avoir une grossesse plus épanouie que ce soit pour la femme ou pour le couple.

CONCLUSION

A l'issue de notre étude, nous constatons que beaucoup de femmes accordent de l'importance au sujet de la sexualité pendant la grossesse.

L'information sur la sexualité gravidique se fait rarement à l'initiative des professionnels de santé. Cependant, lorsqu'une information est donnée, celle-ci semble satisfaire les femmes.

Actuellement les femmes et les couples s'informent essentiellement à travers leur entourage, les médias, les revues spécialisées alors qu'ils sont en attente d'une démarche des spécialistes de la grossesse. Néanmoins, la sexualité n'est pas le sujet prioritaire lors des consultations et bien souvent, leur courte durée n'est pas propice à prendre le temps de parler d'un sujet si intime.

Quel que soit le stade de la grossesse, la demande d'information est réelle de la part de certains futurs parents, que ce soit sur les modifications de la grossesse influençant sur la sexualité, les alternatives sexuelles ou les contre-indications et les dangers de l'acte sexuel pendant la grossesse.

Durant l'entretien prénatal précoce, il y a donc un intérêt de cibler les attentes du couple dans ce domaine et de signaler qu'il pourra en parler à tout moment avec la personne qui fera son suivi.

Par ailleurs, il semble nécessaire de donner aux femmes et aux couples des moyens supplémentaires pour mieux s'informer, comme des consultations de sexologie. En effet, cela pourrait être un bon moyen d'expliquer et d'informer plus en détail la sexualité pendant la grossesse et ses particularités. Ainsi, la femme ou le couple pourrait être rassuré(e) de la normalité de certains troubles, permettant de cette façon d'avoir une sexualité et une vie de couple plus épanouies.

La sage-femme a tout un rôle à jouer dans l'information sexuelle des futures mères, mais aussi des femmes en bonne santé tout au long de leur vie vu qu'elle peut dorénavant les suivre dans le cadre du suivi gynécologique de prévention.

A tout moment de la vie, il est important de dédramatiser les difficultés sexuelles que peuvent rencontrer certains couples en leur permettant de rencontrer un professionnel de santé spécialisé en sexologie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Morin Yves (dir), Larousse médical. Paris : Larousse ; 2006. p : 940
- [2] Birouste JP, Martineau JP. Psychologie et sexualité colloque international de sexologie Toulouse, septembre 1975. Toulouse : Edouard Privat ; 1976.
- [3] Langis Pierre, Germain Bernard. La sexualité humaine. Bruxelles : De boeck ; 2010. p : 19, 258-260, 382-385, 501-504, 209-227, 35-36, 2.
- [4] Nadjafizadeh Mardjane. Sexualité durant la grossesse et le post-partum. Vocation sage-femme : 2010 ; 8687 : 21-25.
- [5] Frey Charlotte. Grossesse et sexualité conjugale. Mémoire sage-femme : med : université Henri Poincaré Nancy I. 2010.
- [6] Lorson Justine. Sexualité et grossesse...Quand 1+1=3. Mémoire sage-femme : med : université Henri Poincaré Nancy I. 2001 ; 156303.
- [7] Lopez Patrice, Poudat Francois Xavier. Manuel de sexologie. Issy-Les-Moulineaux : Masson ; 2007. P. 100-103. p : 80, 100-104.
- [8] Delassus Jean-Marie. Le corps du désir. Psychanalyse de la grossesse. Paris : Dunod ; 2008.
- [9] Rey-Deboue J, Rey A. (dir). Le nouveau petit Robert de la langue française. Paris : Robert ; 2009. p : 1921
- [10] Colson MH, Qu'est-ce que la séduction. Sexologies. 2009 ; 18 : 194-197.
- [11] Masters William H, Johnson Virginia E. Les réactions sexuelles. Paris : Robert Laffont ; 1968.
- [12] Lévy I. Croyances et laïcité : guide pratique des cultures et des religions. Paris : Editions ESTEM ; 2002. p.141, 233, 235
- [13] Caremel R, Berthier A, Sentilhes L, Collard P, Grise P. Analyse de la sexualité féminine dans une population féminine française. Progrès en urologie : 2008 ; 18 : 527-535.
- [14] Goerke Kay. Atlas de poche de l'obstétrique. Paris : Flammarion médecine-sciences ; 2004

- [15] Dumont S. Sexualité pendant la grossesse, si on en parlait ?. Mémoire Sage-Femme : Med : université Paul Sabatier de Toulouse. 2010 ; 3406 C 2010 13.
- [16] Schmutz JL, Modifications physiologiques de la peau au cours de la grossesse. La presse médicale : 2003 ; 32 :1808-1888.
- [17] Venditelli F, Lachar P. Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psuchosocial et psychothérapie : revue de la littérature. Gynécol Obstét Fertil : 2002 ; 30 : 503-513.
- [18] Descamps Ph, Marret M, Binelli C, Chaplot S, Gillard Ph. Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse. Neurologie : 2003 ; 46 : 68-75
- [19] Marpeau L. Traité d'obstétrique. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson ; 2010. p : 24-35
- [20] Boulouys Marie. Grossesse et sexualité si on en parlait. Mémoire sage femme : Med : université de Clermont Ferrand I. 2003 ; MSF163.
- [21] Jardin A. Sexualité masculine et sexualité féminine au XXe siècle : transformation ? Révolution ? libération ?. Rev Epidemoil Santa Publique : 2004 ; 52, 388-392.
- [22] Beauvalet S. Histoire de la sexualité à l'époque moderne. Paris : Armand colin ; 2010. p : 5-9
- [23] Maryse J. Sociologie des comportements sexuels. 2^e édition. Paris : La découverte ; 2005. p : 30-37.
- [24] Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité. Sexologies : 2007 ; 16 : 219-229.
- [25] Brenot P. La sexologie. Paris : Presses universitaire de France ; 1994
- [26] Pla A, Beaumel C. Bilan démographique 2010. INSEE Première [on line] 2011 ; 1332 : 1-4 [consulté le 19 février 2012]. Disponible à partir de l'URL : <<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf>>.
- [27] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. INSERM. Enquête nationale périnatale 2010 [consulté le 27 février 2012]. Disponible à partir de l'URL :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf>.

[28] Institut national d'étude démographique. La pilule, principale méthode de contraception en France [consulté le 19 février 2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/15813/telechargement_fichier_fr_fiche2.pdf>

[29] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception, que savent les français ? [consulté le 19 février 2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf>.

[30] B. Dao, D.A Some, S. Ouattara, N. Sioho, M. Bambara. Sexualité au cours de la grossesse: une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain : 2007 ; 16 : 138-143.

[31] K.P. Kouakou, Y Doumbia, L.E. Djanhan, M.M. Ménin, J.C. Kouaho, Y. Djanhan. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. J Gynecol Obster biol Repod : 2010 ; 468 : 10-16.

ANNEXES

Annexes II

Tableau VI : Méthodes d'informations utilisée et appréciation de chaque méthode

	Utilisée	Très appropriée	Peu appropriée
Consultation sage-femme	38 22%	104 60%	10 6%
Consultation gynécologue/obstétricien	35 20%	95 55%	11 6%
Consultation avec autre professionnel de santé	9 5%	24 14%	64 37%
Entretien prénatal précoce	6 4%	33 19%	54 31%
Préparation à la naissance	36 21%	59 34%	41 24%
Conjoint	91 52%	117 67%	9 5%
Ami/Entourage	58 33%	53 30%	50 29%
Brochure	36 21%	56 32%	37 21%
Livres spécialisés	41 24%	64 37%	35 20%
Revue féminines/médicales	46 26%	60 35%	40 23%
Médias (TV, Radio, Internet...)	57 33%	50 29%	57 33%
Vécu par rapport aux grossesses précédentes	45 26%	77 44 %	19 11%

Schéma 1 : Variables influençant sur le désir [3]

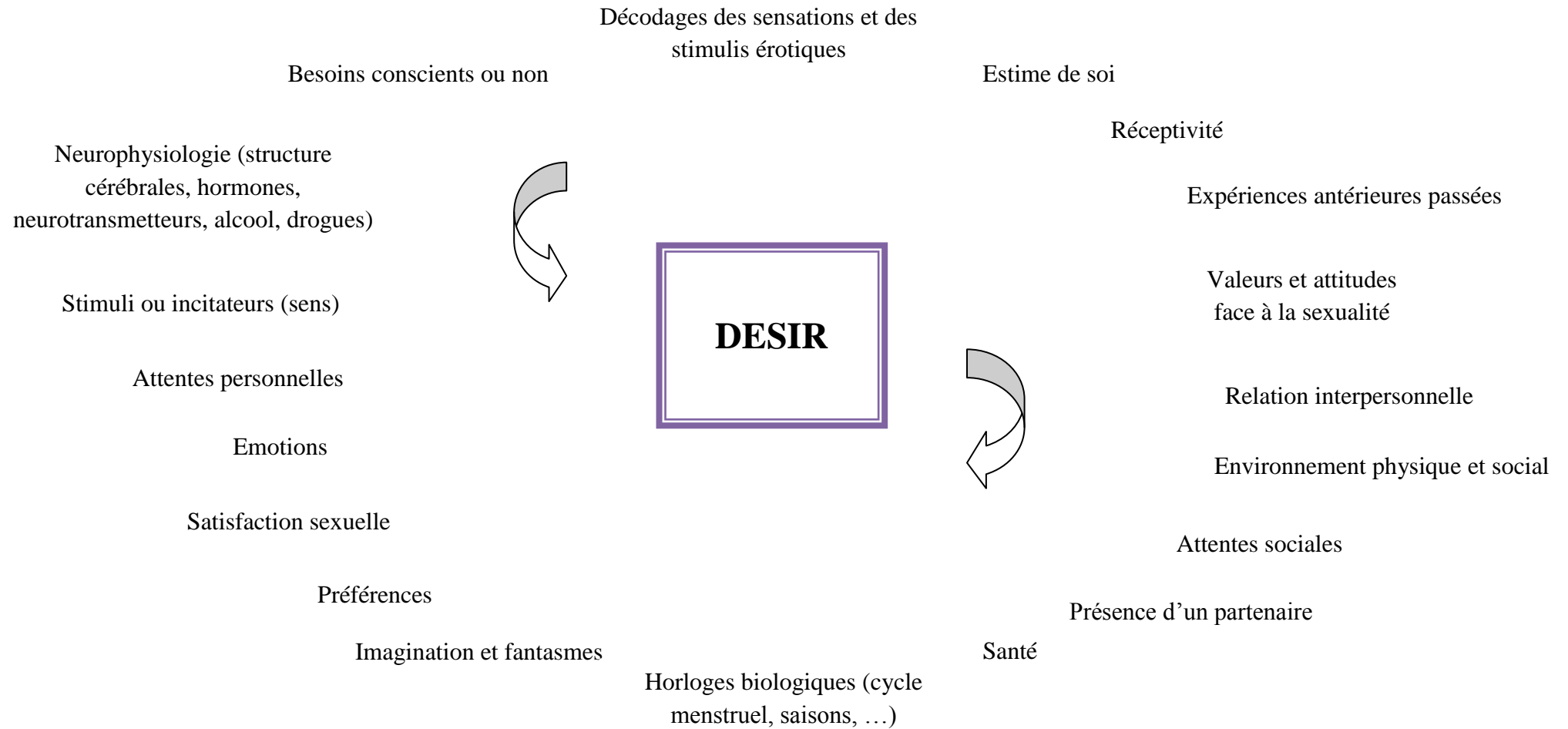


Tableau I : Changement de la sexualité survenant pendant la grossesse (n=174)

↓ Correspond à une diminution

↑ Correspond à une augmentation

= Correspond à aucune évolution

Trimestre	Changements	Désir/libido	Préliminaires	Lubrification	Douleur sexuelle	Fréquence rapports	Nombre d'orgasmes	Satisfaction des rapports	Désir du conjoint
1 ^{er}	↓	58 33%	35 20%	25 14%	13	62 36%	34 19%	33 19%	
	=	87 50%	114 66%	126 73%	40	92 53%	123 71%	118 68%	4
	↑	29 17%	25 14%	23 13%	9	20 11%	17 10%	23 13%	
	total	174	174	174	62	174	174	174	4
2 ^{ème}	↓	43 25%	37 21%	36 21%	14	73 42%	59 34%	47 27%	2
	=	77 44%	99 57%	106 61%	29	65 37%	90 52%	96 55%	2
	↑	54 31%	38 22%	32 18%	19	36 21%	25 14%	31 18%	4
	total	174	174	174	62	174	174	174	
3 ^{ème}	↓	76 44%	61 35%	52 30%	10	109 63%	81 47%	80 46%	3
	=	60 34%	76 44%	93 53%	16	49 28%	77 44%	74 42%	1
	↑	38 22%	37 21%	29 17%	45	16 9%	16 9%	20 11%	
	total	174	174	174	71	174	174	174	4
Toute la grossesse		↓34%				↓ 47%		↓30%	

Mesdames, Mesdemoiselles,

Actuellement en 5^{ème} et dernière année d'études du cursus maïeutique de Clermont Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la sexualité pendant la grossesse, et plus particulièrement sur le fait d'aborder ce sujet au cours de la grossesse.

Dans ce but, j'effectue mon enquête dans les services de suites de couches au moyen d'un questionnaire anonyme.

Je vous remercie par avance du temps que vous consentirez à accorder à ce travail.

JARLIER Camille, étudiante sage-femme

1- Quel âge avez-vous ?

2- Quelle est votre situation de famille ?

- ☐ Mariée
- ☐ Pacsée
- ☐ En couple
- ☐ Célibataire
- ☐ Autre :

3- Quelle est votre religion ?

4- Vous la pratiquez :

- ☐ Régulièrement
- ☐ Irrégulièrement
- ☐ Jamais

5- Quel est votre niveau d'études ?

- ☐ Sans diplôme
- ☐ Brevet des collèges
- ☐ C.A.P. / B.E.P.
- ☐ B.A.C.
- ☐ Supérieur au B.A.C.

6- Quelle est votre profession ?

7- Quelles sont vos ressources ?

- ☐ Travail
- ☐ Chômage
- ☐ RSA (revenu de solidarité active)
- ☐ Autre :

8- Combien de grossesse(s) avez-vous eue(s) ?

(y compris les interruptions volontaires et médicales de grossesses, les fausses couches spontanées et les grossesses extra utérines)

9- Combien d'enfant(s) avez-vous ?

10- Pour vous, la sexualité est :

- ☐ Un sujet tabou
- ☐ Un sujet qui vous met mal à l'aise mais qui n'est pas tabou
- ☐ Un sujet dont vous parlez librement
- ☐ Autre :

11- Quels ont été les référents principal et secondaire (s'il y a lieu) de votre grossesse ?

Notez 1 pour principal et 2 pour secondaire

... Gynécologue/obstétricien

... Sage-femme

... Médecin généraliste

... Autre :

12- Quel était votre moyen de contraception avant la grossesse ?

☐ Anneau

☐ Implant

☐ Patch

☐ Pilule

☐ Préservatif

☐ Stérilet

☐ Aucun

13- Combien de temps avez-vous arrêté votre moyen de contraception avant d'être enceinte ?.....

14- Votre grossesse était-elle :

☐ Souhaitée

☐ Inopinée/Accidentelle

☐ Issue d'une procréation médicalement assistée (PMA) (FIV...)

15- Votre grossesse a-t-elle présenté une ou des complication(s) particulière(s) ?

(ex : saignements du premier trimestre, douleurs lombaires, infections urinaires ou vaginales, contractions anormales, rupture prématurée des membranes, placenta praevia...)

☐ Oui : Lesquelles :

A quel terme ?

☐ Non

16- A quel terme avez-vous accouché ?

17- Au cours de votre grossesse, avez-vous ressenti des changements dans votre sexualité ?

☐ Oui

☐ Non (dans ce cas, allez à la question 19)

18- Si votre sexualité a changé : pour chaque paramètre, indiquer en fonction de la période l'évolution de celui-ci : *(inscrivez «+» s'il a augmenté, «-» s'il a diminué, et «=» s'il est resté identique)*

	1 ^{er} -3 ^{ème} mois	4 ^{ème} -6 ^{ème} mois	6 ^{ème} -9 ^{ème} mois
Désir/Libido			
Préliminaires			
Lubrification vaginale			
Douleur sexuelle (s'il y a lieu)			
Fréquence des rapports			
Nombre d'orgasmes			
Satisfaction des rapports			
Autres changements :			

19- Avez-vous utilisé une ou des alternatives(s) afin d'adapter votre sexualité pendant la grossesse ?

- ☐ Oui : O Utilisation d'accessoires érotiques
O Changement de positions sexuelles
O Augmentation des caresses intimes
O Autre :
- ☐ Non

20- Avez-vous ressenti le besoin d'aborder le sujet de la sexualité en dehors du cadre médical ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

21- Si oui, avec qui avez-vous pu aborder le sujet ?

Au cours des consultations mensuelles obligatoires pour le suivi de votre grossesse :

22- Trouvez-vous important d'aborder le thème de la sexualité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

23- Trouvez-vous normal d'aborder ce thème ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24- Quel serait selon vous le moment le plus adapté pour en discuter ?

- ☐ 1^{er} trimestre
- ☐ 2^{ème} trimestre
- ☐ 3^{ème} trimestre
- ☐ Pendant toute la grossesse

25- Pour vous, cela devrait-il être de l'initiative du professionnel de santé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

26- En ce qui concerne votre conjoint, sa présence pour parler de ce sujet vous paraît :

- ☐ Normale
- ☐ Embarrassante

27- Pendant votre grossesse, la personne qui vous suivait a-t-elle abordé le sujet en premier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

28- Avez-vous demandé des informations sur la sexualité à un professionnel de santé ?

- ☐ Oui : Lesquelles :
- ☐ Non : Pourquoi : O Pas nécessaire
O Vous n'avez pas osé
O Autre :

29- Si oui, l'information reçue était :

- ☐ Satisfaisante
- ☐ Claire
- ☐ Complète
- ☐ Correspondait à vos attentes
- ☐ Utile par la suite
- ☐ Autre :

30- Sur quel(s) thème(s) pensez vous que l'information doive se faire ?

- ☐ Les modifications de la grossesse influençant la sexualité
- ☐ Les alternatives sexuelles pendant la grossesse
- ☐ Les contre-indications et dangers de l'acte sexuel
- ☐ Autre :

31- Concernant les méthodes d'informations en matière de sexualité, lesquelles avez-vous utilisées ?

Indiquez pour chaque méthode si vous la trouvez très ou peu appropriée :

Veillez remplir ce tableau

	Utilisée	Très appropriée	Peu appropriée
Consultation sage-femme			
Consultation gynécologue/obstétricien			
Consultation avec autre professionnel de santé			
Entretien prénatal précoce			
Préparation à la naissance			
Conjoint			
Ami/Entourage			
Brochure			
Livres spécialisés			
Revue féminine/médicales			
Médias (TV, Radio, Internet...)			
Vécu par rapport aux grossesses précédentes			
Autre :			

32- Concernant votre conjoint, a-t-il manifesté un besoin d'information vis-à-vis de votre sexualité pendant la grossesse ?

- ☐ Oui : à quel moment :
Quelles étaient ses interrogations ?
- ☐ Non

Remarques, commentaires, suggestions :

.....

.....

.....

.....